

**ВАЗОРАТИ ТАНДУРУСТӢ ВА ҲИФЗИ ИҶТИМОИИ АҲОЛИИ
ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ
ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

**МДТ «ДОНИШКАДАИ ТАҲСИЛОТИ БАӢДИДИПЛОМИИ КОРМАНДОНИ
СОҲАИ ТАНДУРУСТИИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН»**

**ГОУ "ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН"**

**ҲАМГИРОИИ ТЕХНОЛОГИЯҲОИ
МУОСИР ДАР ИЛМ ВА ТАҲСИЛОТИ
ТИББӢ - АСОСИ ТАЙӢРНАМОИИ МУОСИРИ
КАДРҲОИ СОҲАИ ТАНДУРУСТӢ**

Маводҳои конференсияи ХХІХ-уми солонаи илмӣ-амалии
МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи
тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»
(бо иштироки коршиносони давлатҳои бурунмарзӣ)

**ИНТЕГРАЦИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В МЕДИЦИНСКУЮ НАУКУ И ОБРАЗОВАНИЕ -
ОСНОВА СОВРЕМЕННОЙ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Материалы ежегодной ХХІХ научно-практической конференции
ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения
Республики Таджикистан»
(с международным участием)

**INTEGRATION OF NEW TECHNOLOGIES
IN MEDICAL SCIENCES AND EDUCATION AS A BASIS
OF MODERN HEALTH WORKFORCE TRAINING**
Materials of yearly ХХІХth Scientific and Practical Conference
Of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education
in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»
(with international participation)

27 октябрия
Душанбе-2023

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

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

СОДЕРЖАНИЕ

К 30-ЛЕТИЮ ГОУ "ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН"

<i>Абдуллозода Ч.А., Муҳиддин Н.Д., Давлятов С.Б., Бойбобоев А.А., Сафаров З.Ш.</i> 30 – соли рушду нумӯи системаи таҳсилоти баъдидипломӣ (30 лет развития и совершенствования системы последипломного образования)	13
---	----

РАЗДЕЛ I

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Абдиева Д.Х., Самадова Г.А.</i> Изучение очаговости и профилактики чесотки	20
<i>Амирова Н. Х., Мардонова С.М., Турсунова В.Д., Сайдахмадова Ш.Дж.</i> Медико-организационные аспекты переносимости беременности	20
<i>Бойбобоев А.А., Нарзакулов Х.Н., Муродова Т.М.</i> Распространенность психических расстройств у детей и подростков	21
<i>Гуломова М.О., Наджмидинова К.И., Салимова М.Д., Шодиева Ш.К.</i> Новые перспективы интегрированного подхода общественного здравоохранения и ПМСП	23
<i>Джаборова Т.С., Рахматова Н.А.</i> Материально-техническая база учреждений первичной медико-санитарной помощи	24
<i>Джаборова Т.С., Рахматова Н.А.</i> Оценка доступности услуг и качества оказания медицинской помощи центрами здоровья в Республике Таджикистан	25
<i>Джаборова Т.С., Рахматова Н.А., Хусаинова А.А.</i> Изучение опыта работы кафедры общественного здравоохранения, экономики и управления здравоохранением с курсом медицинской статистики по формированию лидерских качеств у слушателей	26
<i>Ibragimov B.I., Ruziev Sh.I.</i> Expert assessment of the prescription of soft tissue injuries	27
<i>Икромова Г.Д., Султонова А.А., Хасанова Н.И.</i> Распространенность аномалий прикуса среди пациентов с различными видами зубочелюстных аномалий	28
<i>Мирзоев А.С., Рузиев М.М., Саидзода Ф.Б., Бобохонова М.С.</i> Использование нОПВ2 в ответ на вспышку цВРВП2 в Республике Таджикистан	29
<i>Мирзоев А.С., Сафаров З.Ш., Рузиев М.М.</i> Инициативы глобального уровня	30
<i>Назирова Н.К., Воситзаде З.Ф., Абдулхаева Ш.Р.</i> Оценка качества ведения пациентов с сахарным диабетом в ГУ ГЦЗ № 1 г. Душанбе Республики Таджикистан	31
<i>Назирова Н.К., Воситзаде З.Ф., Шодиева Ш.К., Салимова М.Д.</i> Вопросы здоровья подростков: организация медицинской помощи и результаты диспансеризации подростков в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе Республики Таджикистан	32
<i>Насридинова Х.С., Нарзуллаева А.Р., Мухаммадиева С.М., Истамова Г.Д.</i> Организационные аспекты медицинских услуг беременным женщинам с пороками сердца	34
<i>Нозиров Дж.Х., Олимзода М.Н.</i> Диагностика артериальной гипертензии в Республике Таджикистан	35
<i>Нозиров Дж.Х., Тошматов К.К.</i> Динамика заболеваемости сахарным диабетом населения Согдийской области Республики Таджикистан	36

Норкулов Т., Тоиров М.Г., Эмомов Ҳ.С., Раҷабов Р.А. Оиди сирри тиббии хусусияти шахсӣ	36
Нурматова З.И. Влияние здорового образа жизни на течение беременности	38
Ортикова М.М., Ахмедов А., Давлятова Д. Дж. Воситзода З.Ф. Дородовая помощь и изучение репродуктивного здоровья в ГУ «Городской центр здоровья №1» в городе Душанбе Республики Таджикистан	39
Ортикова М.М., Гуломова М.О., Давлятова Д.Дж., Исмоилова Т.М. Сравнительная характеристика частоты встречаемости экстрагенитальной патологии среди беременных женщин в ГУ «Городской центр здоровья №1» г. Душанбе Республики Таджикистан	41
Ортикова М.М., Давлятова Д.Дж. Выявление больных с туберкулезом в ГО «Городской центр здоровья №1» г. Душанбе	42
Ортикова М.М., Давлятова Д.Дж., Валиева З.Н. Диспансеризация пациентов с эндокринной патологией в практике семейного врача	43
Самадова Г.А., Шарипова Ш.Т. Изучение вопроса здорового питания подростков	44
Самадова Г.А., Шарипова Ш.Т., Дадабаева Б.С. Первичная профилактика эндемического зоба в практике семейной медсестры	45
Сафарова З.Р. Факторы, влияющие на перинатальные исходы у женщин после экстракорпорального оплодотворения	46
Темурова Б.У., Каримова Ш.Ш. Определение COVID-19 в лабораторных условиях	48
Хайридинов М.Т., Негматов Х., Хайридинова Дж.Б. Анализ состояния здоровья населения Республики Таджикистан	48
Хайридинов М.Т., Негматов Х., Хайридинов Д.М., Рахматуллоев А. Распространенность и особенности метаболической кардиомиопатии среди населения Республики Таджикистан	49
Хайридинова Дж., Абдурахманова З.Т. Модульная программа компетентного обучения по «Профилактике и скринингу рака шейки матки» на кафедрах акушерства и гинекологии	51
Халепов В.В., Васильев В.В., Васильева И.С. Научное обоснование совершенствования программ диспансерного учета путем включения в них скрининга заболеваний щитовидной железы у лиц трудоспособного возраста	52
Хамиджанов Э.Х., Мавлянова З.Р., Турдалиева Дж.Э., Дадобоева Р.И. О роли семейных медицинских сестер в обучении населения методам оказанию первой помощи при неотложных состояниях и чрезвычайных ситуациях	53
Худойдодова Н.Ф., Пулатова А.П., Сайдахмадова Ш.Дж., Муминова Ш.Т. Медико-организационные аспекты ранних неонатальных потерь в стационаре третьего уровня	54
Шамсов Б.А. Особенности организации грудного вскармливания на примере учреждений ПМСП	55
Шумилина О.В., Дустов Ш.Б., Мурадов А.М., Мурадов А.А., Хамрокулов А.А., Ризоев М.М. Основные причины хронической сердечной недостаточности и её острой декомпенсации	56
Юнусова Д.З., Намозова З.С., Мухамадиева С.М., Рахматова С.Ш. Медико-организационные аспекты материнской смертности (на примере Хатлонской области)	57
Юсупова З.Х., Зарипов А.Р., Артыкова Н.К. Здоровье медицинских работников стоматологических учреждений	58

Назирова Н.К., Абдулхаева Ш.Р., Воситзаде З.Ф. Повышение роли семейных врачей по оказанию первой психологической, психотерапевтической и реабилитационной помощи больным COVID-19 на дому	59
---	----

РАЗДЕЛ II ТЕРАПИЯ

Абдурахманова Р.Ф., Иззатов Х.Н., Файзуллаев А.Х., Шарифова Б.А., Хокиров Д.С. Основные факторы риска инсульта, их особенности и коррекция	61
Абисалова И.Л., Хромова Н.А., Огай М.А., Ахмедов Ф.А., Ахмедова М.А. Изучение патофизиологических механизмов противоязвенной активности готовой лекарственной формы динитрата 2-фенил-9-диэтиламиноэтилимидазо[1,2-а] бензимидазола при моделировании острого ulcerogenezа	62
Авакян А.А., Огай М.А., Ахмедов Ф.А., Ахмедова М.А., Джалолова З. Разработка и исследование леденцов, содержащих спирто-водное извлечение из плодов боярышника	63
Азимзода С.М., Алимова Н.А., Мамонов А.Н., Хаджаева З.Ш. Вопросы элиминации вирусных гепатитов в Таджикистане	64
Акбарова М.М., Джураев М.Н. Положительное влияние галотерапии на течение бронхиальной астмы	66
Акбарова М.М., Курбонова Р.Н. Лечение поллинозов	66
Ахмеджоннова М.Ш., Ахмедова М.М. Оптимизация диагностики артериальной гипертензии у детей	67
Ахмеджоннова М.Ш., Ахмедова М.М. Ультразвуковая диагностика аномалии развития трехстворчатого клапана - аномалия Эбштейна	67
Ахмедова М.А., Мирахмедова М.А., Джалолова З. Результаты функционального исследования беременных женщин с алиментарным ожирением	68
Ахмедова Х.С. Легочный фиброз как последствие COVID-19	69
Ахунова Н.Т., Холова З.У., Меликова Н.А. Системная красная волчанка и климатические факторы в Республике Таджикистан	70
Бойбобоев А.А., Шарипов Н.А., Камолов И.К. Судебно-психиатрическая оценка больных с травматическим поражением головного мозга	72
Гайратова И.Б., Кабирзода Р.Х., Акабиров З.Т. Предикторы неблагоприятных кардиальных событий у больных ишемической болезнью сердца после планового чрескожного коронарного вмешательства	73
Гайратова И.Б., Раджабова Г.М., Акабиров З.Т. Оценка ишемической болезни сердца с сахарным диабетом 2 типа	74
Давыдова В.В., Степанова Э.Ф., Огай М.А., Ахмедов Ф.А., Ахмедова М.А. Разработка микрокапсул и микрогранул на базе антиаллергической субстанции	74
Закирова К.А., Зиёзода З.К., Махмудова Р.У., Махмудова П.У., Шарипова М. Современные методы диагностики туберкулёзного менингита	75
Зубайдова Т.М., Курбонов М.К., Урунова М.В., Ахмедова Н.Т. Применение травы тмина обыкновенного в древне-традиционной, народной и современной медицине Востока и Запада	76
Зурбекова Ш.Р., Эшонкулова Г.Х., Махкамов К.К. Аспекты рождения детей в сроке до 34 недель гестации и их исходы	77

Икромов Т.Ш., Шамсов Б.А., Янгибаева Б.У. Физическое и нервно-психическое развитие детей первого года жизни, родившихся от матерей, перенесших COVID-19 во время беременности	79
Касымов А.О., Амакджонов М.Р., Касымов О.И. Лечение больных атопическим дерматитом	80
Касымов О.И., Салимов Б.М., Салимов Ш.Б. Эффективность ПУВА-терапии в комплексном лечении больных с красным плоским лишаем	81
Касымова С.Д., Мирахмедова М.А. Влияние применения канаглифлозина у больных с ожирением и сахарным диабетом 2 типа	82
Компанцев Д.В., Чахирова В.А., Чахирова А.А. Поиск перспективных адъювантных технологий в создании вакцинных препаратов	83
Курбанов А.Дж. Эффективность применения этацизина у пациентов с аритмией без структурных изменений сердца	84
Магомедов А.М., Огай М.А., Ахмедов Ф.А., Ахмедова М.А. Разработка микрогранул с холина альфосцератом	85
Магомедова Д.Г., Огай М.А., Нам Н.Л., Ахмедов Ф.А., Ахмедова М.А. Разработка антигистаминного средства с цетиризином	85
Махмудова П.У., Закирова К.А., Махмудова Р.У. Клиническая характеристика диссеминированного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя	86
Муниева С.Х., Абдухамидова З.А., Таджибаев У.А., Гулзода М.Н. К вопросу частоты встречаемости дерматозов кожи волосистой части головы	88
Муниева С.Х., Шукурова М.А., Сафарова Ф.С., Сайдаминов Н. Психосоциальный фон пациентов с хроническими дерматозами	90
Мухторзода А.Н., Абдуллоев Х.Ч., Меликова Н.А., Рахматов Ч.У. Аритмия дар бемории музмини тарбодии дил	91
Нарзуллаева А.Р., Салимзода Дж.М. Метаболические нарушения у женщин с артериальной гипертензией в период перименопаузы	92
Насирова Х.К. Музаффарова Д.М. Показатели антропометрии детей, рожденных с помощью индукции беременности агонистами дофамина у женщин с гиперпролактинемией	93
Нурматова З.И. Профилактика и терапия железодефицитной анемии при беременности	93
Нурматова З.И., Юсупова М.Р. Внутриутробное развитие плода и исход беременности при недостатке йода	94
Олимова Ф.К., Абдуллоева О.Р., Махкамов К.К. Применение пенного теста клеменса в качестве оценки степени зрелости легких у недоношенных до 34 недель гестации	95
Раупова Р.И., Аминова Ф.Н., Хасанова М.И., Мухамедов Ф.Э. К вопросу о поздней геморрагической болезни новорожденных	97
Рахматуллаева М.А., Рахимов З.Я. Особенности клинического течения бронхолегочной патологии у детей с врожденным пороком сердца - дефектом межжелудочковой перегородки	98
Сайдмурадова Р.Х., Олимова Ф. К., Зурбекова Ш.Р. Влияние факторов перинатального риска на здоровье недоношенных детей, родившихся с экстремально низкой массой тела	99
Сохибназарова Р.Х., Касымов О.И., Касымов А.О., Баезов Б. Содержание некоторых микроэлементов в сыворотке крови больных витилиго	100

Табаров А.И., Тавуров Дж.К., Зоиров У.Э., Салимзода Дж.М. Анализ фармакотерапии острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе лечения	102
Хайруллоева Э.Д., Исмоилова М.А., Тиллоева Г.М. Особенности течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста	102
Хамидов М-Э.Х., Огай М.А., Ахмедов Ф.А., Ахмедова М.А. Разработка и исследование сиропа с азоксимера бромидом	104
Холинова М.М. Иммунный статус новорождённых детей с низкой массой тела вследствие ЗВУР	105
Холов С.С., Ахунова Н.Т., Сафаров З.Ш., Мухторзода А.Н. Показатели иммунологического статуса больных с болезнью Бехчета	106
Холов С.С., Шукурова С.М., Зоидова Ф.М. Клинико-инструментальная характеристика неврологических проявлений болезни Бехчета	107
Шамсов Б.А., Файзуллоев Ф.А. Некоторые показатели состояния здоровья детей грудного возраста с врожденными пороками сердца в зависимости от вида вскармливания	107
Шамсов Б.А., Файзуллоев Ф.А., Набиева Ш.З. Нутритивный статус детей раннего возраста с врожденными пороками сердца	108
Шейхмагомедова П.А., Попов И.В., Попова О.И. Состав фенольных соединений фацелии пижмолистной, выращиваемой в Дагестане	109
Шукурова С.М., Зоидова Ф.М., Бобоева П.Т. Гиперурикемия как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний	110
Шукурова С. М., Одинаев П.Х., Рахматуллоев Х.Ф. Хроническая сердечная недостаточность у лиц пожилого и старческого возраста с фибрилляцией предсердий	111
Шукурова С.М., Одинаев П.Х., Рахматуллоев Х.Ф. Прогностическая значимость продолжительности комплекса QRS у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий: ретроспективное исследование	112
Шукурова С.М., Раджабова Г.М., Махмудова М.И. Характеристика сопутствующей патологии у больных острым инфарктом миокарда в зависимости от пола	112
Шукурова С.М., Рашидов И.М., Зоидова Ф.М. Взаимосвязь гиперурикемии и хронической болезни почек у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями	113
Шукурова С.М., Холов С.С., Бобоева П.Т. Фенотипы болезни Бехчета в популяции Республики Таджикистан	114
Шукурова С.М., Шодиев Б.Р., Бобоева П.Т. Ревматоидный артрит и сопутствующие заболевания	115
Янгибаева Б.У., Караев И.И., Хакимова Ф.А. Железодефицитная анемия у детей раннего возраста	115

РАЗДЕЛ III ХИРУРГИЯ

Алимардонов Р., Ашуоров Д.М., Султонов Р.И., Абдурахимов Х.Р., Гаюрова Н.С. Гигантская эхинококковая киста брюшной полости	117
Ашуоров Г.Г., Худёров С.А., Махмудов Д.Т. Результаты рентгенологического исследования строения переднего участка нёбного шва и межальвеолярной перегородки центральных резцов у детей с диастемой	117

Бабаева З.Б., Юсупова З.Х., Кутбудинов З.Дж., Гайратов П.С. Онконастороженность на этапе предпротезной подготовки пациентов пожилого и старческого возраста с полным отсутствием зубов	119
Баева Н.А., Ибрагимова Н.Б., Исмоилов Д.К., Юсупова З.Х. Качество индивидуальной гигиены полости рта у пациентов с несъемной ортопедической конструкцией	120
Бошиева Г.У., Курбонова М. Х., Ошурмамадова Р.Б., Давлятова Д.М. Влияние метаболического синдрома на репродуктивную функцию женщин	121
Гульмурадов У.Т. Применение эндовенозной лазерной облитерации с минифлебэктомией по методике Варади при хронической венозной недостаточности	122
Гурезов М.Р., Обидов С.А., Каримов С.М. Состояние исходного значения интенсивных показателей пародонтологического статуса у детей с врожденными несращениями губы и нёба	123
Давлатзода Б.Х., Сафаров О.З., Сафоев С.А., Файзалиев Н.Ф. Косимов З.К. Нарушения электролитного обмена при сочетанной травме	124
Давлятов С.Б., Баходуров Дж.Т., Асадов С.К., Рофиев Р.Р., Холидов И. Лечение послеожоговых рубцовых стриктур пищевода у детей	125
Давлятов С.Б., Баходуров Дж.Т., Асадов С.К., Бобоев С. Диагностика, тактика консервативного и хирургического лечения хронического колостазы у детей	126
Давлятов С.Б., Пулотов К.Дж., Рофиев Р.Р., Гафуров Ё.У. Особенности ранней эзофагогастроскопии в диагностике и лечения химических ожогов пищевода у детей	127
Дехканов М.К., Ахмеджанов С.А., Нуров Ф.Н., Ташпулатов Б.К. К лечению аноректальных мальформаций у детей	128
Дехканов М.К., Ахмеджанов С.А., Холидов Н.Н., Тошпулатов Б.К. Современные методы хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей	129
Джабборов Н.Х., Сайдуллоев Л., Мурадов А.М., Мурадов А.А. Возрастные и социальные аспекты, частота органических дисфункций у пациентов с уро-сепсисом	130
Дустов Ш.Б., Мурадов А.М., Шумилина О.В., Мурадов А.А., Ризоев М.М., Хамрокулов А.А. Результаты лечения острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности после стандартной терапии и с включением в программу экстракорпоральной коррекции	131
Зиябаев Ш.А., Почоев У.С., Эрматов Х.С., Рабиев Х.Х., Хотамов М.И. Анализ среднесрочных результатов первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава эндопротезами бесцементной и цементной фиксации	134
Зиябаев Ш.А., Эрматов Х.С., Дустов Х.С., Сироджзода К.Х., Рахимов О.И., Зарипов С.Х. Лечение внутрисуставных переломов пяточной кости	135
Зиябаев Ш.А., Эрматов Х.С., Махмадалиев Б.Г., Сироджзода К.Х., Узоков И.Д. Отдаленные результаты оперативного лечения переломов лодыжек	136
Зиябаев Ш.А., Эрматов Х.С., Сироджзода М.С., Сироджзода К.Х., Шамиев Б.Д. Краткосрочные результаты тотального эндопротезирования коленного сустава при дистрофических процессах	138
Ибрагимов Ш.С., Расулзода С.Дж., Сайфуллоев Н., Ибрагимов А.Ш. Изменения слизистой полости рта при патологии внутренних органов	139
Икромов М.К., Бобизода Ш.Б., Назирмадова М.Б., Абдухалилов А.А., Очилов Д.М., Шерматов З.Т. Современные возможности в диагностике юношеской ангиофибромы основания черепа	141

Икромов Т.Ш., Ибодов Х., Мурадов А.М., Асадов С.К. Состояние гемостаза у детей с хронической болезнью почек	143
Икромов Т.Ш., Ибодов Х., Мурадов А.М., Асадов С.К. Функция внешнего дыхания у детей с уролитиазом	144
Имомова Ф.З., Каримов С.М. Качественная оценка эндопериапикального лечения зубов при сочетанном поражении пульпарно-периодонтального комплекса у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями	145
Исмоилов М.М., Шаймонов А.Х., Саидов М.С., Шамсов Н.Х. Применение методики плазмолифтинга при хирургическом лечении последствий ожогов	146
Исмоилов А.А., Ашууров Г.Г., Муллоджанов Г.Э. Результаты качественной оценки позиционирования дентальных имплантатов в зависимости от протяженности несъемной супраконструкции	147
Истамова Г.Д., Ахмеджанова Г.А., Пулатова А.П., Мухамадиева С.М., Амирова Н. Клиническая эффективность подкожного импланта левоплант для женщин групп высокого риска	148
Kadyrov K.U., Nazirov S.N. Forensic aspects of postmortem diagnosis of type II diabetes mellitus	150
Кандаков О.К., Расулов Н.А., Рахимова С.У., Нуров З.Х., Фарзона Иброхим Миниинвазивное хирургическое лечение абсцесса печени	150
Каримов Ш.З., Гиёсиев И.К., Одил Саидолим, Гулмуродов У.Т. Результаты радиочастотной абляции у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта в Республике Таджикистан	151
Курбоналиев Дж.Ш., Шоев С.Н., Хабибов Ф.Д., Куганов Б.С. Хирургическое лечение гипертензивных внутримозговых гематом при разрыве средней мозговой артерии	152
Курбонова Р.К., Ашууров Г.Г. К вопросу о диаметральной зависимости уровня минерализационного гомеостаза ротовой жидкости в зависимости от интенсивности окрашивания эмалевой поверхности	153
Курбонова Р.К., Гурезов М.Р. Ассоциированные изменения клинических параметров кариесологического статуса в зависимости от гомеостатического потенциала ротовой жидкости	154
Кутбудинов З.Дж., Юсупова З.Х., Бабаева З.Б., Гайратов П.С. Поражения полости рта после COVID-19	155
Мадалшев У.Х., Назарова К.Р., Юсупова З.Х., Исмоилов Д.К. Нуждаемость детей в зубном протезировании	156
Мардонова С.М., Давлатзода Г.К., Юлдашева А.К., Киемиддинзода М. Опыт применения дистального временного гемостаза (турникеты) при родоразрешении беременных с вращением плаценты	157
Махмудов Д.Т., Худоёров С.А. К вопросу об использовании стоматологического эстетического индекса у детей с ортодонтической патологией	158
Мирзоев С.М., Муминова М.Д., Еникеев А.А., Гиёсов А.Ш., Мирзоев Ф.С., Вохидов А.Р. Помутнение ИОЛ и их замена	159
Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Гафаров Х.О., Ходжаев М.У. Использование тканевого и пористо-проницаемого мелкогранулированного никелида титана в эксперименте	160
Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Ходжаев М.У., Рахмонов У.Р. Электромиографическое исследование функционального состояния жевательных мышц при мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава	161

Муллоджанов Г.Э., Курбонова Р.К., Тагаева Ш.О. Результаты оценки кислотно-основного состояния полости рта в зависимости от уровня кариесологического статуса и тяжести пародонтальной патологии	162
Мурадов А.А., Мурадов А.М., Шумилина М.В., Ризоев М.М., Хамрокулов А.А., Зарифов Ш. Факторы риска развития органной недостаточности и органной дисфункции органов и систем у родильниц	163
Муродова Ш.М., Давлатова Ч.О. Недостаточность мышц тазового дна	164
Муродова Ш.М., Давлатова Ч.О. Сочетание урогенитальной и проктогенитальной патологии при недостаточности мышц тазового дна	165
Мухиддинов Н.Д., Абдуллозода Ф.А., Курбонов Н.Г., Болтуев К.Х. Эндовидеохирургическая диагностика и хирургическое лечение грыжи пищевода через отверстие диафрагмы	165
Мухиддинов Н.Д., Курбонов Н.Г., Болтуев К.Х., Мухиддинов Д.Н. Комплексная диагностика кальцинированного эхинококкоза печени	166
Мухиддинов Н.Д., Курбонов Н.Г., Болтуев К.Х., Мухиддинов Д.Н. Резекция печени при кальцинированном эхинококкозе печени	167
Мухиддинов Н.Д., Насриддинов Э.К., Элмуродов Э.Х., Мукимов Ш.Г., Латипов М.Ч. Оценка эффективности трансуретральной резекции аденомы предстательной железы в сочетании с паховыми грыжами	168
Мухиддинов Н.Д., Рабиев Х.С., Азизов Ф.А., Абдуллозода Ф., Хомидов Ф.Б. Малоинвазивные технологии лечения желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой	169
Назарзода Х.Н., Мусоев Д.С., Назаров И.Х. Тактика лечения пострадавших с сочетанной и множественной травмами конечностей при дорожно-транспортных происшествиях	170
Назаров И.Х., Назарзода Х.Н., Назарзода Ф.Н., Камолзода С.К. Наш опыт артроскопических вмешательств на коленном суставе	170
Назаров Х.Ф., Назарзода Ф.Н. Оптимизация хирургического лечения холелитиаза и его осложнений у больных с высоким операционным риском	172
Назирова С.Н., Бахриев И.И., Шарифов М.С., Хайрудинов М.Р. Современные аспекты посмертной диагностики утопления в пресной воде	172
Намозова З.С., Муминова Ш.Т., Худойдодова Н.Ф., Джумгазод Ш. Особенности гестационного процесса и перинатальные исходы у женщин, родоразрешенных путем вакуум-экстракции плода	174
Насирова Х.К., Музаффарова Д.М. Исходы 25 беременностей, индуцированных каберголином (достинекс), у женщин репродуктивного возраста с гиперпролактинемическим гипогонадизмом	175
Обидов С.А., Каримов С.М., Гурезов М.Р. К вопросу об исходном значении структурных элементов интенсивности кариесологического статуса у детей с врожденными несращениями губы и нёба	177
Одил Саидолим, Тохиров Ф.С., Каримов Ш.З., Саиджонов П. Результаты радиочастотной абляции атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардии	178
Рабиев Х.Х., Махмадалиев Б.Г., Сироджзода К.Х., Сироджзода М.С., Хукуматов М.И. Ближайшие результаты первичной артропластики тазобедренного сустава при переломах проксимального отдела бедра	179
Раджабова Г.К., Ахмерова Н.Ш., Одинаева Г.Ш., Мирзоева К.Т. Эффективность сочетания малоинвазивных вмешательств и принципа «ускоренного восстановления» у женщин с гинекологической патологией	180

Раджабова Г.К., Султанова Дж.М., Назирбаева О.Ю. Выбор способа хирургических вмешательств при гинекологической патологии у женщин с ожирением	181
Разакова Ш.К., Зарипов А.Р., Гурезов М.Р. Современный взгляд на возможности использования реминерализационно-гигиенических аспектов профилактики ортодонтических осложнений	182
Разакова Ш.К., Зарипов А.Р., Исмоилов А.А. Оценка эффективности индивидуализированного гигиенического подхода у детей с аномалиями зубочелюстной системы при наличии ортодонтических осложнений	184
Расулов Н.А., Рустамзода Х., Акбаров С.С., Джобирова Ш.Н. Лечение различных типов рубцовых стриктур желчных протоков	185
Расулов Н.А., Хофизова Г.А., Икромов Б.А., Султонов Р.Б., Салимбаев Ч.К. Опыт лапароскопических операций при прободных язвах пилородуоденальной зоны	136
Расулов Н.А., Хофизова Г.А., Икромов Б., Одинаев Р.С., Ашууров Д. Место фиброгастроскопии в диагностике и хирургическом лечении перфоративных гастродуоденальных язв	187
Расулов С.Р., Мурадов А.М., Ризоев М.М., Дилшодов С.А., Туйчиев Н.Т., Юсупов О.У. Хирургическое вмешательство и анестезиологическое пособие при раке желудка с сопутствующей стероидозависимой бронхиальной астмой	188
Расулов С.Р., Сангинов Д.Р., Ниязов И.К. Ведение пациентки с послеоперационным повреждением грудного лимфатического протока после радикальной шейной лимфаденэктомии по поводу рака щитовидной железы	191
Рахимова С.У., Нуров З.Х., Кандаков О.К., Фарзона Иброхим, Ашууров Д.М. Миниинвазивный метод лечения жидкостных образований поджелудочной железы	192
Рустамова М.С., Маризоева М.М., Неъматзода О., Нуридинова Н., Сангинова Г.С. Репродуктивное здоровье женщин с заболеваниями надпочечников	193
Рустамова М.С., Назарова А.Р., Ходжаева С.А., Аджиикова Т.И., Абдулбакиева З.А. Особенности течения гестационного периода у женщин с метаболическим синдромом	194
Сайдуллоев Л., Темуров З.А., Назаров З., Сайфуллоев К.У. Экстренная дистанционная ударно-волновая литотрипсия камней мочеточников	196
Сатторов В.Т., Муродов Ш.М., Ашуралиев Ш.Х., Улмасов Х.Х., Қосимов З.К. Беҳискунии ҳароммағзӣ дар ҷарроҳии буриши қайсарӣ	197
Сироджзода К.Х., Рабиев Х.Х., Бегов А.Х., Хукуматов М.И. Результаты первичного эндопротезирования на фоне дистрофических поражений коленного сустава	197
Сироджзода К.Х., Рабиев Х.Х., Дустов Х.С., Махмадалиев Б.Г. Роль усовершенствованных на костных имплантатах при остеосинтезе нестабильного перелома бедренной кости у больных с множественной травмой	199
Сироджзода К.Х., Сафаров А.Х., Махмадалиев Б.Г., Дустов Х.С. Эффективность малоинвазивного остеосинтеза и его влияние на исходы травматической болезни при переломах конечностей у пациентов с сочетанной травмой	200
Солиджанова Х.Т., Кахаров М.А., Окилов Х.Д., Рузиев М.Р. Наш первый опыт в лапароскопическом лечении паховых грыж	201
Тимербулатов Ш.В., Гафарова А.Р., Тимербулатов В.М., Федоров С.В. Острый аппендицит до и во время пандемии новой коронавирусной инфекции	203
Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов В.М., Гафарова А.Р., Федоров С.В. Псевдомембранозный колит у пациентов с новой коронавирусной инфекцией	203
Хакназаров Х.Ш., Зикирзода А.Х., Эвазов Р.А., Акбаров Ю.А. Клиническое применение криопреципитата в неврологии	204

Хамидов Д.Б., Холназаров Ш.Э., Вахобов А., Сафаров О.З., Болтаев С.С. Состояние гемостаза у родильниц с абдоминальным сепсисом	205
Худоёров С.А., Махмудов Д.Т., Ашууров Г.Г. Факторы, способствующие развитию кариозного процесса и патологии пародонта у детей и подростков при сужении зубных рядов в области функционально-ориентированных фронтальных групп зубов	206
Хукумзода М.З., Холиков З.Х., Хакимов Б.Дж. Особенности антибиотикотерапии при острых бактериальных риносинуситах у детей	207
Хукумзода М.З., Холиков З., Хакимов Б.Дж. Современная терапия больных с искривлением носовой перегородки, сочетающихся с аллергическим ринитом, в послеоперационном периоде	208
Хушвахтов Д.Д., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Гафаров Х.О. Совершенствование методов лечения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области	209
Хушвахтов Д.И., Хушвахтов Д.Д., Мирзоев М.Ш., Гафаров Х.О. Частота развития очагов одонтогенной инфекции в амбулаторно-поликлинических условиях	210
Шамсидинов Б.Н., Мухторова П.Р., Бегов А.А., Олимов Т.Х., Тагоймуродова Ш.Ф. Разработка способа хирургического лечения врожденного околоушного свища у детей	211
Шамсидинов Б.Н., Мухторова П.Р., Шайдоев С.С., Касиров И.М., Бегов А.А. Альтернативный щадящий способ хирургического лечения средней носовой раковины при её гипертрофии	212
Юсупова З.Х., Исмоилов Ф.Н., Рахмонова Р.А., Махмудова С. Восстановление разрушенных зубов стекловолоконными штифтами под пресс-керамику	213
Юсупова З.Х., Мухиддинов Ш.Д., Убайдуллоев М., Амонзода Э. Применение композитных материалов при сколах керамических конструкций в ортопедической стоматологической практике	214
Юсупова З.Х., Файзов К.С., Вохидов А., Рацабова А. Компьютерное моделирование с использованием CAD/CAM технологии в стоматологии	214
Юсупова З.Х., Шамсидинов А.Т., Бобобеков Б., Чийнова С. Ортопедическое лечение разрушенных зубов литыми культевыми вкладками или стандартными штифтами	215
Кахарова Р.А., Сироджеев Д.Н., Рабиев А.Х., Бобоходжаева Т.Д. Профилактика и лечение геморроя у беременных и родильниц	216
Кахарова Р.А., Сироджеев Д.Н., Рабиев А.Х., Бобоходжаева Т.Д. Хирургическое лечение тератомы пресакральной области	217

**«30 – СОЛИ РУШДУ НУМУӢ СИСТЕМАИ ТАҲСИЛОТИ БАӢДИДИПЛОМӢ»
(«30 – ЛЕТ РАЗВИТИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»)**

**Ҷ.А. Абдуллозода, Н.Д. Муҳиддин, С.Б. Давлятов,
А.А. Бойбобоев, З.Ш. Сафаров**

Дар давраи на чандон тӯлонии Истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон кишвари азизамон дар ҳамаи соҳаҳои ҳаёти ҷамъиятӣ ба пешравиҳои назаррас ноил гардида, таърихи худ, мероси бузурги илмию фарҳангӣ ва моддию маънавии ватани кӯҳанбунёди тоҷикон, хусусан якпорчагии давлати Тоҷикистонро хифз ва эмин нигоҳ доштааст. Муассисаи давлатии таълимии «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» дар баробари дигар муассисаҳои олии таҳсилотӣ самараи даврони соҳибистиқлолӣ мебошад.

Вазорати тандурустӣ ва хифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон фаъолияти Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистонро, ки маскани асосии таҳсилоти баъдидипломӣ махсуб меёбад, омили муҳимми пешбурди сифати кадрӣ соҳаи тандурустӣ медонад. Марҳилаи таълимоти баъдидипломӣ тамоми умри таҳассусии мутахассиси тиб тӯл кашида, аз оғози фаъолияти вазифавӣ то қатъ гардидани амали вазифаҳои касбӣ чараён дорад. Аз ин рӯ, саҳми системаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар инкишофи шахсияти табиби баландихтисосу ҷарроҳи моҳир, ташкилотчии боистеъдоду омӯзгори соҳибкасб, олими босамару тадқиқотчии болаёқат ниҳоят беназир аст.

Фараҳбахш ва рамзнок аст, ки имсол бо мақсади таҷлили Рӯзи дониш ва баргузори Дарси суҳб дар оғози соли хониш, ки яке аз анбанаҳои неки даврони соҳибистиқлолӣ, тантанаву бузургдошти саводу дониш ва хираду маърифати мардуми кӯҳанбунёди тоҷик мебошад, 1 сентябри соли равон оғози соли нави хониш ва мулоқоти Роҳбари давлат бо аҳли маориф дар бинои навбунёди Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон, ки ҳуди ҳамон рӯз ба истифода дода шуд, баргузор шуда, рӯйдоди хотирмони кормандони таҳсилоти тиббии кишвар гардид.

Мавриди зикр аст, ки Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамеша ба самтҳои афзалиятноки хифзи солимии миллат, рушду нумӯи соҳаҳои мухталифи тандурустии кишвар диққати махсус дода, таъмини хизматрасонии босифат ва натиҷабароҳии аҳолии ҷумҳуриро тавассути баланд бардоштани касбият ва савияи дониши табибон ва татбиқи ихтирооту технологияҳои навин дар амалияи тиб дар мадди аввали назари худ нигоҳ медорад. Бояд қайд намуд, ки бо раҳнамоӣ ва ҳидояти бевоситаи Ҷаноби Олӣ, мӯҳтарам Эмомалӣ Раҳмон дар давоми даврони соҳибистиқлолӣ корҳои зиёде дар соҳаи тандурустӣ, аз Ҷумла таҳсилоти олий ва миёнаи тиббии кишвар анҷом дода шудаанд.

Инкишофи системаи таҳсилоти баъдидипломӣ аз таъсиси факултети тақмили ихтисоси духтурон дар давраи шӯравии солҳои 80 – ум сарчашма гирифта, рушду нумӯи он дар даврони соҳибистиқлолӣ воқеан амалӣ гардид. Бояд қайд намуд, ки дар ин давра баъди расман 9 сентябри соли 1991 ба даст овардани Истиқлолияти давлатӣ кишвар на танҳо ба мушкilotи иқтисодӣ рӯ ба рӯ шуд, балки дар соҳаи сиёсӣ ва этникӣ ихтилофи назарро аз сар гузаронид, ки он боиси дар миёнаҳои соли 1992 сар задани ҷанги шаҳрвандӣ гардид. Таназули иқтисодӣ, сиёсӣ ва иҷтимоӣ боиси паст гардидани нишондиҳандаҳои солимии аҳоли шуда, Ҷумҳури шароити зарурӣ надошт, ки тамоми имконоти мавҷударо барои мақсадҳои ислоҳоти иқтисодӣ ва иҷтимоӣ равона созад. Ҳамзамон қатъ гардидани робитаҳои иқтисодӣ, коҳиш ёфтани истеҳсолот, мушкilotи молиявӣ ва дигар душвориҳои хизматрасонии тиббии камсамарро боз ҳам амиқтар гардонид.

Таърихи рушду равнақи донишкадаро ба се марҳила чудо кардан мувофиқи мақсад аст: солҳои 1993-2003 давраи таъсисёбӣ ва ташкилию бунёдкорӣ, солҳои 2004-2013 – давраи ташаккули заминаи моддию техникӣ, рушди сохторҳои таълимӣ ва пойгоҳҳои клиникӣ донишкада, солҳои 2014-2023 – давраи таҷдиди сохтор ва васеъкунӣ самтҳои таҳсилот ва омӯзгори, рушди захироҳои кадрӣ, аз ҷумла нерӯи илмию зеҳнӣ ва таълимӣ. Агар аз як тараф мушкilotҳои дар марҳилаи ибтидоӣ ба даст овардани Истиқлолияти давлатӣ вобаста ба сар задани ҷанги шаҳрвандӣ барои берун аз марзи ҷумҳури рафтани табибони соҳибтаҷриба оварда расонида бошанд, пас аз тарафи дигар баъди пош хӯрдани Иттиҳоди шӯравӣ Донишкадаи умумиттифоқии тақмили ихтисоси табибон барҳам хӯрд ва дар давлатҳои муштаракулманофеъ раванди таҳсилоти баъдидипломӣ

дар асоси талаботи иқтисоди бозоргонӣ шуруъ гардид. Факултети такмили ихтисоси табибон, ки дар сохтори Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино фаъолият мекард, қудрати ба таври кофӣ гузаронидани даврҳои такмили ихтисос ва бозомӯзии мутахассисони соҳаро надошт (ба ҳар як кафедра як нафар омӯзгор барои гузаронидани даврҳои такмили ихтисос Чудо шуда, ҳар сол аз 600 то 700 нафар шунавандагон ба таҳсил фаро гирифта мешуданду халос). Аз ҳамин лиҳоз, бо мақсади азнавсозии қатъии системаи такмили ихтисоси мутахассисони соҳа, дар амал татбиқ намудани ислоҳоти таҳсилоти тиббӣ ва фарматсевтӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, баланд бардоштани сатҳи тайёрии касбии баъдидипломии табибону фарматсевтон ва дигар мутахассисони соҳаи тандурустии Ҷумҳуриӣ бо қарори Шӯрои Вазирони Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 июни соли 1993 таҳти №247 Донишқадаи такмили ихтисоси баъдидипломии кормандони тиббии Тоҷикистон дар заминаи факултети такмили ихтисоси табибони Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино (ФУВ) дар бинои собиқ дармонгоҳи машваратии Беморхонаи ҷумҳуриявии клиникӣ ба номи А.М. Дяков таъсис дода шуд (тағйири номи донишқада – аз 18 июни соли 1994 таҳти №356), ки фаъолияти он аз ташкил ва гузаронидани такмил, тағйири ихтисос ва бозомӯзии мутахассисони дорои маълумоти олию миёнаи тиббӣ ва фарматсевтиро дарбар мегирад. Баъдан донишқада бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 3 март соли 2014 таҳти №148 ба Муассисаи давлатии таълимӣ (МДТ) «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» номгузорӣ карда шуд. Донишқада фаъолияти худро дар он солҳо бо 1 нафар доктори илмҳои тиб, 1 профессор, 19 нафар номзадҳои илмҳои тиб ва 11 нафар омӯзгорон оғоз намуда буд. Дар соли аввали фаъолияти донишқада ҳамагӣ 60 нафар духтурон даврҳои таҳсили такмили ихтисосро хатм намуданд.

Айни замон дар донишқада 396 нафар кормандон фаъолият менамоянд, ки аз ин шумора 336 нафарашонро профессорону омӯзгорон ташкил медиҳанд. Аз шумораи номбурда 35 нафар докторони илмҳои тиб буда, 12 нафари онҳо дорои унвони илмии профессор мебошанд. Аз 111 нафар номзадҳои илми тиб 23 нафарашон соҳиби унвони илмии дотсентӣ мебошанд. Ин шумора аз рушди потенциали кадрӣ донишқада шаҳодат медиҳад.

Солҳои 2004–2013 – ро ҳамчун солҳои рушди сохторҳои таълимӣ ва пойгоҳҳои клиникӣ донишқада бояд арзёбӣ намуд.

Аз оғози фаъолият то инҷониб дар факултетҳои донишқада 2111 шунавандагон марҳилаи интернатура ва ординатураи клиникӣ, 7877 нафар табибон аз даврҳои ихтисосгирӣ, 29888 нафар курсҳои такмили ихтисосро гузаштаанд. Дар раванди таҳсилот дар кафедраҳои пойгоҳҳои клиникӣ донишқада зиёда аз 29825 нафар кормандони миёнаи тиббӣ омӯзонидани шудаанд. Барои бартараф намудани норасоии кадрҳо ва нобаробарии таъминот бо мутахассисон дар давоми фаъолияти худ донишқада саҳми назаррас гузошта, барои пуррагардонии таъминотҳои муассисаҳо бо кормандони тандурустӣ дар миқёси минтақаҳо аз вилояти Хатлон аз шумораи умумии донишҷӯён 14022 нафар, аз вилояти Суғд 12100 нафар, аз шаҳри ноҳияҳои тобеи ҷумҳуриӣ 9788 нафар ва шаҳри Душанбе 38310 нафар омӯзонидани шудаанд.

Қайд кардан лозим аст, ки танҳо дар 9 моҳи соли 2023 аз 3050 нафар шунавандагони (1459 нафар табибон ва 1591 нафар кормандони миёнаи тиб) дар муддати ҳисоботӣ дар донишқада ва шӯъбаҳои он таҳсил гирифта 899 (29,5%) нафараш аз ш. Душанбе (514 нафар табибон ва 385 нафар кормандони миёнаи тиб), 757 (24,8%) нафар аз вилояти Хатлон (257 нафар табибон ва 500 нафар кормандони миёнаи тиб), 798 (26,2%) нафараш аз вилояти Суғд (406 нафар табибон ва 392 нафар кормандони миёнаи тиб), 284 (9,3%) нафарашон аз ноҳияҳои тобеи ҷумҳуриӣ (184 нафар табибон ва 100 нафар кормандони миёнаи тиб), 76 (2,5%) нафар (17 нафар табибон ва 59 нафар кормандони миёнаи тиб) аз муассиса ва ташкилотҳои Вилояти Мухтори Кӯҳистони Бадахшон ва 236 нафар (7,7%) (81 нафар табибон ва 155 нафар кормандони миёнаи тиб) аз муассиса ва ташкилотҳои ғайритобеи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон, муассисаҳои хусусӣ ва шахсони муваққатан бекор ба донишқада барои таҳсил ташриф оварданд. Аз 3050 нафар шунавандагон 2237 нафарашонро (73,3%) занҳо ташкил карда (878 нафар занҳои табиб ва 1359 нафар занҳои кормандони миёнаи тиб) 813 нафарашон (26,7%) мардҳо (581 нафар мардҳои табиб ва 232 нафар мардҳои кормандони миёнаи тиб) мебошанд.

Бо мақсади мутобиқ намудани таълимоти табибон ва кормандони миёнаи тиббии ҷумҳуриӣ ба стандартҳои байналмилалӣ дар тамоми кафедраҳо ва курсҳои донишқада, инчунин, дар шӯъбаҳои донишқада дар вилоятҳои Суғд ва Хатлон барномаи модулии таълимӣ барои ҳамаи даврҳои омӯзиш (такмили ихтисос, ихтисосгирӣ, интернатура ва ординатураи клиникӣ) бо роҳи тестӣ ва имтиҳони феъли (воқеона) – и структуравии клиникӣ (OSKE) ба роҳ монда шудааст. Инчунин, дар донишқада технологияҳои иттилоотӣ дар рафти ташкили раванди таълим васеъ ва ҳаматарафа истифода бурда мешаванд.

Корҳои муолиҷавӣ ва тарбиявӣ яке аз самтҳои муҳимми фаъолияти донишқада буда, барои раванди таълим ва корҳои илмӣ донишқада ҳаматарафа мусоидат менамояд. Дар сохтори донишқада барои назорат аз болои корҳои муолиҷавӣ ва тарбиявӣ кафедраю курсҳо шӯъбаи клиникӣ ташкил карда шудааст. Дар ин асос аз тарафи шӯъба сифати корҳои ташхисӣ муолиҷавӣ дар кафедраю курсҳои донишқада, риояи шартномаҳои дутарафаи байни донишқада ва ташкилоту муассисаҳои тиббӣ, ки дар онҳо пойгоҳҳои клиникӣ кафедраҳо ва курсҳои донишқада ҷойгиранд, ворид ва истифодаи услҳои нави ҳозиразамони пешгирӣ, ташхис ва табобат дар муассисаҳои тиббӣю профилактикӣ, татбиқи протоколҳои клиникӣ, масъалаҳои кӯмаки нақшавӣю машваратӣю амалӣ ба муассисаҳои тандурустӣ аз тарафи кормандони кафедраҳо ва курсҳои донишқада, қори тарбиявӣ дар байни ҷавонон ва шунавандагони донишқада назорат карда мешавад.

Марҳилаи сеюми рушди донишқада (солҳои 2014–2023) бо таҷдиди сохтор ва васеъкунии самтҳои таҳсилот ва омӯзгорӣ, рушди захираҳои кадрӣ, аз ҷумла нерӯи илмӣю зехнӣ ва таълимӣ идома ёфта, даҳсолаи рушду раванқӣ муосири таҳсилотӣ баъдидипломӣ арздошт гардидааст. Маҳз дар ҳамин давра дар фаъолияти донишқада воридоти босуръати технологияҳои инноватсионӣ ва услҳои нави ташхису табобат зоҳир гардида, он аз таваҷҷӯҳи хоса ба системаи таҳсилоти баъдидипломӣ шаҳодат медиҳад. Дар ин давра дар 67 кафедраҳои донишқада зиёда аз 390 санадҳои меъёрии ҳуқуқӣ ва ташкилӣю методӣ таҳия гардида, ба Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоӣю аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон пешниҳод карда шудаанд.

Бо мақсади беҳтар намудани шароитҳои таълимӣ заминаи моддӣю техникӣю сохторҳои маъмурият, кафедраҳо ва пойгоҳҳои клиникӣ донишқада пурзӯр гардида, бо зиёда аз 90 номгӯи таҷҳизотҳо, асбобу дастгоҳҳо ва мебелу ашёҳои таълимӣ мучаҳҳаз карда шуданд.

Барои пешбурди фаъолияти донишқада бо дастгирии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоӣю аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон танҳо дар давоми 8 соли охир илова ба воҳидҳои қорӣю мавҷудбуда, боз 50 адад воҳидҳои қорӣ ҷудо карда шуданд. Ин имконият дод, ки доираи фаъолияти донишқада васеъ гардад ва бо дарназардошти эҳтиёҷоти ҷойдошта ба услҳои муосири ташхису табобат, илова ба кафедраҳо ва курсҳои, ки дар донишқада фаъолият доштанд, кафедраи бемориҳои ҷарроҳӣ ва эндочарроҳӣ, курси вертебрология дар назди кафедраи асабҷарроҳӣ ва курси косметология дар назди кафедраи дерматовенерология, кафедраи 2-юми акушерӣ ва гинекологӣ, кафедраи бемориҳои дарунӣ ва кардиоревматология, кафедраи анестезиология, реаниматология ва детоксикацияи кӯдакона, кафедраи стоматология дар назди Шӯъбаи дар шаҳри Бохтари вилояти Хатлонбуда ва кафедраи ташхиси лабораторӣю клиникӣ ва биохимиявӣ дар назди Шӯъбаи дар шаҳри Хучанди вилояти Суғдбуда таъсис дода шаванд. Инчунин, бо мақсади фароҳам овардани заминаи ҳуқуқӣю меъёрий барои тайёр кардани мутахассисони бахши вирусология ва микробиология бо қарори Шӯрои олимони донишқада дар назди кафедраи эпидемиология, беҳдошт ва ҳифзи муҳити зисти донишқада курси микробиология ва вирусология таъсис дода шуд.

Барои боз ҳам беҳтар намудани таъминоти шаффофияти раванди қабули имтиҳонҳо ва санҷишҳо дар донишқада, инчунин, ба талаботи замони мувофиқ намудани фаъолияти таълимӣю донишқада Маркази санҷишҳои тестию донишқада таъсис дода, он тавассути тестҳои компютерӣ санҷидани дониши шунавандагонро имконпазир гардонид. Бояд қайд намуд, ки ҳамасола саволномаҳои тестию имтиҳонӣ бо дарназардошти талаботи муосир мунтазам аз нав боздид ва таҷдид мегарданд. Ҳамзамон барои пурсамар бо таври амалӣ гузаронидани имтиҳонот аз шунавандагон ба фаъолияти Маркази симулятсионӣ тақвият бахшида, дар ҳамкорӣ бо ташкилотҳои байналмилалӣ он бо муляҷҳо ва таҷҳизотҳои зарурӣ мучаҳҳаз гардонида шудааст.

Бо мақсади ба таври васеъ фаро гирифтани мутахассисон аз ноҳияҳои дурдаст барои омӯзиши масъалаҳои мубрам ва навовариҳо дар соҳаи ташхису табобат дар донишқада Маркази таълим дар фосила амал менамояд, ки он бо лавозимоти зарурӣ таҷҳизонида шуда, дар муддати 5 соли охир дар заминаи ин марказ зиёда аз 270 нафар кормандони муассисаҳои табобатӣю пешгирии кишвар бо ин тарзи ҳозиразамони таҳсил аз даврҳои такмили ихтисос гузаштанд.

Бо мурури ташаккулёбии сохтори донишқада дар доираи фаъолияти илмӣ – таҳқиқотӣ раёсатҳо ва шӯъбаҳои донишқада таҷдид гардидаанд. Бо фармоиши ректори донишқада аз 10 апрели соли 2005 таҳти № 43/1 барои беҳтар намудани сифати корҳои илмӣ – таҳқиқотӣ Шӯъбаи илм ба Раёсати илм ва нашр ва баъдан соли 2015 ба Раёсати илм ва инноватсия табдил дода шуд. Раёсати мазкур шӯъбаи аспирантура ва унвонҷӯён, шӯъбаи фикрӣ ва хусусиятҳои зехнӣ, бахши шӯроҳои диссертатсионӣ, китобхонаи марказӣ ва шӯъбаҳои он (интернет, почтаи электронӣ, дифои корҳои илмӣ ба таври он – лайн), муҳосиби бахши илмро дарбар мегирад.

Дар назди Раёсати илм ва инноватсия комиссия ва шӯроҳои доимоамалкунанда – шӯроҳои экспертии байникафедравӣ оид ба фанҳои терапия ва ҷамъиятӣ, ҷарроҳӣ ва стоматологӣ, се шӯроҳои диссертатсионӣ, шӯроҳои моликияти зеҳнӣ, инчунин, комиссияи озмуни баррасӣ ва баҳодиҳии пешаки ба парвандаҳои шахсии довталабон барои ишғоли вазифаҳои озодаи ҳайати профессорону омӯзгорон, комиссияи экспертии номгуӣ корҳои илмӣ диссертатсионӣ, комиссияи аттестатсионӣ аспирантон, докторантон ва унвонҷӯён фаъолият намуда истодаанд.

Бо дарназардошти он, ки рушди устувори соҳаи илму маориф, тандурустӣ ва самаранокии ислоҳот аз афзоиши маблағгузорӣ вобастагӣ дорад, Роҳбарияти мамлакат маблағгузорию ин соҳаҳои калидиро сол ба сол зиёд карда истодааст. Боиси қаноатмандӣ аст, ки дар даҳсолаи охир маблағгузорию соҳаи таҳсилоти олий ва миёнаи тиббӣ 2,5 маротиба афзуда, танҳо барои таҳсилоти тиббии баъдидипломӣ 75 миллиону 960 ҳазору 448 сомонӣ ҷудо карда шудааст.

Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон ба заминаи меъёрии ҳуқуқии рушди захираҳои кадрӣ соҳаи тандурустӣ аҳамияти махсус медиҳад. Муассисаҳои таҳсилоти тиббии то – ва баъдидипломӣ фаъолияти худро дар асоси Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи маориф», «Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон», «Стратегияи ҳифзи солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2030», консепсияҳои ислоҳоти таҳсилоти тиббию фарматсевтӣ ва барномаҳои давлатии тарбияи кадрҳои тандурустӣ ба роҳ монда, зина ба зина раванди ислоҳотро вусъат дода истодаанд. Тавре Сарвари давлат дар мулоқоти худ 1 сентябри соли равон қайд намуданд, «дар ин самт, зарур аст, ки барои амалӣ намудани «Консепсияи ислоҳоти таҳсилоти тиббӣ ва фарматсевтӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон», инчунин, ба стандартҳои давлатӣ ва байналмилалӣ мутобик намудани таҳсилоти тиббӣ ва фарматсевтӣ, сохтори донишгоҳ, мазмун, муҳлат ва сифати тайёр кардани мутахассисони соҳаи тандурустӣ, таъмин кардани талаботи аҳоли ба хизматрасонии сифатноки тиббӣ, воридшавӣ ба фазои таҳсилоти ҷаҳонӣ ва бозомӯзии кадрҳои тиббӣ нақшаи чорабинӣҳо таҳия ва зина ба зина амалӣ карда шавад».

Дар робита ба ин, таъкид гардид, ки ислоҳот дар зинаи таҳсилоти баъдидипломии тиббӣ ҳамчун раванди бевосита ба фаъолияти минбаъдаи табибон таъсирдошта такмили бештар ва ҳамкорию зичро бо шарикони рушд тақозо менамояд.

Самти афзалиятноки рушди захираҳои кадрӣ соҳаи тандурустӣ ин тарбияи мутахассисони тиббӣ оилавӣ мебошад. Бо ин мақсад дар кафедраҳои донишқада аз соли 1998 сар карда то ба имрӯз 1623 нафар табибони оилавӣ ва 1071 нафар кормандони миёнаи тиббӣ оилавӣ тайёр карда шудаанд.

Соҳаи муосири тандурустии кишвар ба роҳбарони баландтаҳассус эҳтиёҷоти воқеӣ дорад. Айни замон, ду барномаи таҳассусӣ барои мутахассисони сатҳи роҳбарикунандаи соҳаи тандурустӣ мавҷуданд, аз он ҷумла барномаи дусолаи таълимӣ, ки баъди хатм намудани он таҳассуси «Менечери соҳаи тандурустӣ» (92 нафар хатмкунандагон то соли 2023) ва даври таълимии яксолаи «Менечменти тандурустии ҷамъиятӣ» барои роҳбарони шабакаи муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббию санитарӣ, ки аз соли 2015 то инҷониб гузаронида мешавад.

Дастовардҳои олимони тиббӣ тоҷик дар даврони истиқлол назаррас буда, ба соҳаҳои баландбардорӣ ташхиси дақиқ бо истифода аз технологияи муосири ҷаҳонӣ ва таҳияи усулҳои нави таъобат равона гаштааст.

Аз ҷониби олимони донишқада якҷанд усулҳои нави таъобати бемориҳо, аз ҷумла аз ҷониби кормандони кафедраи ҷарроҳӣ, анестезиология ва реаниматологияи кӯдаконаи донишқада усулҳои ҳозиразамон ва муосири ташхис ва таъобати нуқсонҳои модарзодӣ ва бемориҳои рӯдаи ғафс, амалиётҳои тармимӣ барқарорсозӣ хангоми ҳама намудҳои нуқсонҳои роҳҳои пешоббарор, роҳҳои талхабарор ва шаклвайронии қафаси сина, эзофагопластика аз ҳисоби рӯдаи ғафс; аз тарафи олимони кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯй ва стоматологияи кӯдаконаи донишқада аввалин маротиба дар ҷумҳурӣ маводҳои хусусияти хотиравидошта бо маводи никелиди титан; аз ҷониби кормандони кафедраи ҷарроҳии дилу рағҳои хунгард, эндоваскулярию тармимӣ усули кушодани видеоторакоскопии перикард мавриди таъобати беморон бо перикардити экссудативии музмин, усули таъобати якҷояи видеолапароскопии беморони узвҳои ковокии шикам ва коси хурд; аз тарафи олимони кафедраи тиббӣ эфферентӣ ва муолиҷаи интенсифӣ усули ташхиси бармаҳали мавқеи алоими лахташавии дохиливаридии диссеминатсияшуда (ДВС – синдром) ва алоими зарбхӯрии шадиди шушҳо дар кӯдакон бо уролитиази дутарафа, оризаи норасоии музмини фаъолияти гурдаҳо, ташхиси бармаҳали варами шуши кӯдакон бо уролитиази дутарафа, оризаи норасоии музмини фаъолияти гурдаҳо, ташхиси бармаҳали алоими берунаи захролудшавӣ, алоими зарбхӯрии шадиди шушҳо ва алоими норасоии узвҳои ҳаётан муҳим дар кӯдакон бо уролитиази дутарафа ва оризаи норасоии музмини фаъолияти гурдаҳо; аз ҷониби кормандони кафедраи ҷарроҳии

донишкада резексияи панкреатодуоденалӣ, криочарроҳӣ бо буриши чигар, спленэктомия бо аутоотрансплантатсияи фрагментҳои испурч, буриши чигар ҳангоми бемории сили чигар, намуди анастомозҳои билиодегистивӣ ва ғайра татбиқ карда шуданд.

Соли 2015 кафедраи бемориҳои ҷарроҳӣ ва эндоҷарроҳии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» таъсис дода, дар он тайёр намудани мутахассисони соҳаи эндоҷарроҳӣ ба роҳ монда дар шуд. Мавриди зикр аст, ки дар давоми фаъолияти кафедраи мазкур аз ҷониби кормандони он як қатор усулҳои муосири ташҳис ва табобати эндоҷарроҳӣ аввалин маротиба дар Ҷумҳурии амалӣ гардидаанд. Дар пойгоҳи кафедраи мазкур, ки бо таҷҳизотҳои зарурӣ мучаҳҳазонида шудааст, видеолапароскопияи ташҳисӣ барои муайян кардани бемориҳои шадид ва музмини узвҳои ковокии шикам, коси хурд ва пушти сифокпарда, видеолапароскопияи ташҳисӣ барои муайян кардани ҳолати узвҳои ковокии шикам ҳангоми сили узвҳои ковокии шикам, видеоторакоскопияи ташҳисӣ барои муайян кардани бемориҳои шуш ва узвҳои миёнадевор, эхинокөкэктомияи шушҳо бо усули миниторакотомия ва ассистенсияи видеоторакоскопӣ, холесистостомияи лапароскопӣ ҳангоми бемории санги сафро ва холесистити шадид ва музмини сангдор, холедохолитотомияи лапароскопӣ ҳангоми бемории санги сафро, холедохолитиаз бо аворизи зардшавии механикӣ ва холангитҳо, холангиографияи лапароскопии дохилиҷарроҳӣ барои муайян кардани сангҳо ва ҳолати роҳҳои талхагузар, апендэктомияи лапароскопӣ ҳангоми апендитсити шадид ва музмин, дӯхтани захми сӯрохшудаи меъда ва рӯдаи 12-ангушта бо усули лапароскопӣ ҳангоми рахнашавии решеи меъда ва рӯдаи 12-ангушта, буриши рӯдаи сигмашакл бо усули видеолапароскопӣ ҳангоми бемории долихосигма бо аворизи қабзияти музмин, геминолэктомияи лапароскопӣ аз тарафи чап ҳангоми бемории долихосигма бо аворизи қабзияти музмин, систэктомияи лапароскопӣ ҳангоми обхалтаҳои тухмдонҳои бачадон, гирифтани тухмҷуҷайраи бордоргашта ҳангоми ҳомиладории бидуни бачадонӣ бо барқарорнамоӣ ва нигоҳдории пурраи найчаҳои бачадон, хромосалпингоскопияи лапароскопӣ ҳангоми безурриетии занон барои муайян намудани гузариш ё ногузароиши найчаҳо, неосалпингостомияи лапароскопӣ ҳангоми ногузариши найчаҳои бачадон, адгезиолизиси лапароскопии узвҳои коси хурд ҳангоми безуретии дуюмдараҷаи перитонеалӣ, стерилизатсияи тиббии лапароскопии найчаҳои бачадон, буриши видеолапароскопии болои маҳбалии бачадон, экстирпатсияи видеолапароскопии бачадон бо узвҳои изофӣ, фенестратсияи тухмдонҳо ҳангоми бемории поликистози тухмдонҳо, ректопексияи лапароскопӣ ҳангоми фаромадани рӯдаи рост, варикоселэктомияи лапароскопӣ, герниопластикаи лапароскопӣ ҳангоми чурраҳои қадкашак бо гузоштани тӯр, холесистоеюноанастомоз ҳангоми саратони сараки ғадуди зери меъда бо аворизи зардшавии механикӣ омӯсӣ, фенестратсияи лапароскопии ҳабобаҳои ғайрипаразитарии Ҷигар, нефрэктомияи лапароскопӣ аз чап ва рост, гирифтани лапароскопии ҳабобаҳои гурдаҳо, нефропексияи лапароскопӣ аз рост бо истифодаи тӯр, адреналэктомияи лапароскопӣ аз чап ва рост ҳангоми омӯсҳои ғадуди болои гурда, спленэктомияи лапароскопӣ ҳангоми бемориҳои худӣ испурч ва бемориҳои хун, ҷарроҳии метаболикии видеолапароскопӣ бо буриши меъда ва гузоштани анастомозҳои байниузвҳо SADI+SLIV ҳангоми диабети қанди намуди дуюм, ҷарроҳии кардиомиотомия бо усули Геллер бо фундоплекатсияи намуди Dog ҳангоми бемории ахалазияи кардия, крурорафияи қафой бо фундоплекатсия бо усулҳои Турпе (Toupet) ва Ниссен (Nissen), холедохолитотомияи лапароскопӣ бо заҳкашгузории холедох бо усули Ҷер (Kher) ҳангоми бемории чурраи сӯроҳии сурхрӯдавии пардаи ҳаҷҷоб, гастропексияи лапароскопӣ ҳангоми фаромадани меъда (гастроптоз), буриши лапароскопии асрҳо ҳангоми ногузароиши шадиди асрии рӯдаҳои борику ғафс бо рафъи лапароскопии ногузароиши рӯдаҳо, гирифтани лапароскопии сангҳо аз қисмати мобайнӣ ва поёнии найчаи пешоббарор, гирифтани лапароскопии қисми бегонаи василаи дохилираҳмӣ аз ковокии коси хурд, манъкунии лапароскопии хунравӣ ҳангоми апоплексияи тухмдонҳо, кӯтоҳнамоии лапароскопии пайвастаҳои гирдшакли бачадон ҳангоми фаромадани дараҷаҳои I ва II-и бачадон, устуворнамоии утеропексияи лапароскопии бачадон ҳангоми фаромадани дараҷаи III-уми бачадон, миоэктомияи консервативии видеолапароскопӣ бо нигоҳдорибачадон ҳангоми миомаи бачадон, гирифтани лапароскопии тухмдонҳо ҳангоми саратони ғадуди ширӣ дар занон гузаронида мешаванд.

Дар кафедраҳои бемориҳои чашм, гӯшҷу гулӯ ва бинӣ пайваста усулҳои нави ташҳису табобат бо истифодаи таҷҳизотҳои лазерӣю компютерӣ ва технологияҳои инноватсионӣ татбиқ гардида, боиси коҳиш ёфтани шумораи беморони ба хоричи кишвар сафарбаршаванда шудаанд. Мушкилотҳои бемориҳои чашм вобаста аз арзишу технологияҳо ба мисоли ҷарроҳии тасҳеҳӣ ва барқароркунии (факоэмулсификатсия бо гузоштани ҳаммаи намудҳои

гавраки сунъӣ, кросслинкинг, лазертрабекулопластика, фотокоагулятсияи шабака, витреоектомия, кератопластика ва ғайра) баъд аз воридоти ин усулҳои муосири ташхису табобат дар амалияи офталмологияи кишвар чораҳои муқаррарии ҳамарӯза гаштаанд.

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

Тибқи сиёсати пешгирифтаи Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон дар самти пешгирӣ ва мубориза бо паҳншавии ин бемории нави сироятӣ дар асоси фармоишҳои Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон бо дарназардошти вазъи эпидемиологӣ кормандони кафедраҳо ва курсҳои дахлдори донишқада аз рӯзи аввали чорабиниҳои зидди-эпидемикӣ вобаста ба сирояти нави коронавируси COVID – 19 сафарбар гардида, дар самти пешгирӣ, ташхис ва табобати ин сироят саҳми худро гузоштанд.

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

Дар давоми ин солҳо оиди 45 лоиҳаҳои илмӣ аз тарафи бучети давлатӣ маблағгузоришаванда, 2 лоиҳаи илмӣ аз Фонди Президентии тадқиқоти бунёдӣ маблағгузоришаванда ва 20 мавзӯҳои илмӣ ташаббусӣ корҳои илмӣ тадқиқотӣ ба роҳ монда шуда буданд. Айни ҳол дар кафедраҳо ва курсҳои донишқада оиди 5 лоиҳаҳои илмӣ аз тарафи бучети давлатӣ маблағгузоришаванда ва 6 мавзӯҳои илмӣ ташаббусӣ корҳои илмӣ тадқиқотӣ амалӣ мегарданд.

Роҳбарияти донишқада якҷо бо олимони соҳа бо истифода аз имкониятҳои мавҷуда дар доираи ҳамкориҳо бо марказҳо ва беморхонаҳои ҷумҳуриявии клиникӣ дар бунёди системаи дараҷаи олий ва бисёрсоҳаи таҳсилоти баъдидипломӣ, аз ҷумла дар самти ҷарроҳӣҳои муосир, ташхису табобати бемориҳои кӯдакона, инчунин, рушди тандурустии ҷамъиятӣ саҳми назаррас гузошта, пайваста илмиву таҳқиқотиро анҷом дода истодаанд. Танҳо дар даҳсолаи охир зиёда аз ??? адад усулҳои нави ташхису табобат бо истифода аз технологияҳои муосир, 72 ихтироотҳо ва 239 тақлифҳои ратсионализаторӣ пешкаши беморону ниёзмандон карда шуданд.

Дар ин муддат 28 конференсияҳои солонаи илмӣ – амалии донишқада гузаронида шудаанд, ки дар онҳо ҳамасола зиёда аз 200 нафар мутахассисони соҳаи тандурустии кишвар ширкат меварзанд. Маводҳои конференсияҳои солонаи донишқада дар намуди маҷмӯи мақола ва тезисҳо ба ҳисоби миёна 100 ададро ташкил намудаанд.

Натиҷаҳои корҳои илмӣ – тадқиқотии гузаронидашуда дар амалияи соҳаи тандурустӣ бо намуди нашр намудани монографияҳо (72), дастурамалҳои методӣ (177), дастурамалҳои таълимӣ (182) ворид карда шудаанд. Саҳми олимони донишқада дар самти ихтироъ ва татбиқи усулҳои муосири ташхису табобати бемориҳо дар тибби амалияи кишвар назаррас буда, аз тарафи кормандони донишқада тайи ин солҳо ба миқдори 390 наовариҳо дар раванди илм, таълим ва муолиҷа, 230 пешниҳодҳои беҳсозӣ, 79 адад патентҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон ва 10 адад патентҳои Федератсияи Россия ворид карда шудаанд. Дар баробари дигар олимони ду нафар кормандони донишқада ҳамчун беҳтарин ихтироъкорони Ҷумҳурийдониста шуданд. Натиҷаҳои бадастомадаи наовариҳо ва патентҳо дар раванди корҳои муолиҷавӣ пайваста амалӣ мегарданд.

Дар давоми 30 соли фаъолияти донишқада зиёда аз 50 нафар кормандони донишқада дар конференсияҳо, форумҳо ва конгресҳои сатҳи баланд дар шаҳрҳои Федератсияи Россия, шаҳри Хелсинки Финляндия, шаҳри Лондони Британияи Кабир, шаҳрҳои Мюнхен ва Ганновери Ҷумҳурии Федеративии Олмон, шаҳрҳои Техрону Шерози Ҷумҳурии Ислонд Эрон, иштирок намуда, бо 5 медалҳои «Роберт Кох», 2 медали «Теодор Билрот» ва 2 медали «Петеркофф», ифтихорномаҳои давлатҳои ИДМ, нишонҳои фахрӣ мукофотонида шудаанд.

Дар давоми фаъолият дар шӯроҳои диссертсионии донишқада зиёда аз 125 рисолаҳои илмӣ номзадӣ ва 9 рисолаҳои илмӣ докторӣ бомуваффақият Ҷимоя гардиданд. Дар ин шӯроҳои донишқада на танҳо унвонҷӯёни дохилӣ аз кафедраю курсҳои донишқада ва шӯбаҳои он корҳои илмӣ худро дифоъ менамоянд, балки аз дигар донишгоҳҳо ва берун аз

чумхурӣ низ унвонҷӯён ташриф оварда, корҳои худро дифоъ намудаанд. Ба ин унвонҷӯёни Ҷумҳуриҳои Қирғизистон, Қазоқистон ва Федератсияи Россия мисол шуда метавонанд.

Бояд қайд намуд, ки бо мақсади инъикоси шаффофи фаъолияти донишқада соли 2011 нашрияти соҳавии донишқада – маҷаллаи илмӣ-амалии «Паёми таълимоти баъдидипломии соҳаи тандурустӣ» («Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения») таъсис ёфта, он аз 3 июни соли 2016 таҳти рақами 1931 инҷониб ба рӯйхати номгуӣ маҷаллаҳои тақризшавандаи Комиссияи олии аттестатсионии (КОА) Федератсияи Россия ва баъдан аз 26 апрели соли 2018 ба рӯйхати номгуӣ маҷаллаҳои тақризшавандаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки дар онҳо бояд натиҷаҳои асосии диссертатсияҳо барои гирифтани унвони илмӣ номзади илмҳо ва унвони илмӣ доктори илмҳо нашр гарданд, шомил гардидааст. Мавриди зикр аст, ки дар давоми 10 сол маҷаллаи илмӣ-амалии донишқада «Паёми таълимоти баъдидипломии соҳаи тандурустӣ» бо тартиби дар 1 сол 4 шумора бо теъдоди 500 нусха саривақт бо дарҷи тамоми бурду бохт ва дастовардҳои донишқада аз ҷоп мебарояд. Дар маҷаллаи донишқада аз тарафи олимони Федератсияи Россия, Ҷумҳурии Ёзбекистон, Ҷумҳурии Қазоқистон, Ҷумҳурии Қирғизистон низ мақолаҳо ба ҷоп мерасанд (дар ин муддат зиёда аз 30 адад мақолаҳо ба нашр расидаанд). Инчунин, ба ҳайати таҳририя ва шӯрои таҳририяи маҷалла 6 нафар олимони Федератсияи Россия ва 1 олимони Ҷумҳурии Ёзбекистон шомил мебошанд.

Олимони донишқада фаъолияти илмӣ худро дар ҳамкорӣ бо марказҳои илмӣ пешқадаи Ҷумҳурии ва мамлакатҳои Иттиҳоди Давлатҳои Мустақил пеш бурда, барои тарбияи кадрҳои илмӣ баландсатҳ бо марказҳои илмӣ пешқадам, академияҳои таълимоти баъдидипломии шаҳрҳои Москва ва Санкт – Петербурги Федератсияи Россия ҳамкориҳои тарафайнро ба роҳ мондаанд.

Дар донишқада 3 нафар кормандон дорои унвони фахрии «Корманди шоистаи Ҷумҳурии Тоҷикистон» ва 1 нафар Арбоби илм ва техникаи Ҷумҳурии Тоҷикистон кор мекунанд. Аз ҷумлаи кормандони донишқада 5 нафар дорои мукофоти давлатӣ буда, 54 нафар аълоҷиёни тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошанд.

Тибки қарори ҷаласаи Шурои олимони донишқада аз 05.05 соли 2023 протоколи № 5/5; 5/6 ва фармоиши донишқада аз 05.05 соли 2023 таҳти №1-3/23§3 ва 1-3/23§2 ва қарори ҷаласаи Шурои олимони донишқада аз 31.03 соли 2023, протоколи № 4/1, фармоиши донишқада аз 31.03 соли 2023, таҳти № 1-3/19§1, қарори ҷаласаи Шурои олимони донишқада аз 26.05 соли 2023, протоколи № 6/1 ва фармоиши донишқада аз 26.05 соли 2023, таҳти № 1-3/25§3 “Оид ба номгузорӣ намудани кафедраи бемориҳои дарунӣ бо курси геронтология ба кафедраи бемориҳои дарунӣ бо курси геронтология ва гематология”; “Кафедраи бемориҳои кӯдакона ба кафедраи бемориҳои кӯдакона ва гематологияи кӯдакона”; “Кафедраи бемориҳои асаб ва генетикаи тиббӣ ба кафедраи бемориҳои асаб ва генетикаи тиббӣ ба номи профессор Раҷабалиев Ш. Ф.” ва “Кафедраи ҷарроҳии дилу рағои хунгард, эндоваскулярӣ ва тармимӣ ба “Кафедраи ҷарроҳии дилу рағои хунгард, эндоваскулярӣ ва тармимӣ ба номи профессор Гулмуродов Т.Г.” номгузорӣ карда шуд.

Мақсад ва ҳадафҳои асосии рушди минбаъдаи донишқада пеш аз ҳама ин мутобиқ гардонидани таҳсилоти тиббӣ – сохтор, мазмун, мӯҳлат ва сифати таълимот ба стандартҳои давлатӣ ва байналмилалӣ, талаботи расонидани кӯмаки тиббии босифат ба аҳоли, саҳмгузориҳои донишқада барои татбиқи сиёсати давлат дар самти ворид шудани Ҷумҳурии Тоҷикистон ба фазои таҳсилоти ягонаи Ҷаҳонӣ, ҳамчунин, имконоти ба роҳ мондани ҳамкориҳои байналмилалӣ дар соҳаи тайёркунӣ ва бозомӯзии мутахассисон мебошад. Маҳз дар самти тайёр кардани кадрҳои илмию амалиявии соҳаи тандурустӣ дар донишқада аз рӯи ихтисосҳое, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ба онҳо эҳтиёҷоти зиёд аст ва имконияти тайёр намудани онҳо дар дохили кишвар мушкilotҳо вучуд доранд, чораҳои зарурӣ андешида, барои ҳалли ин масъала ҳамкориҳои тарафайн бо муассисаҳои таълимӣ кишварҳои хориҷӣ ба роҳ монда шудаанд.

Ҳамин тариқ таърихи сисолаи фаолияти Муассисаи давлатии таълимӣ «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» воқеан заминаи асосии таҳсилоти баъдидипломӣ ва таълимоти муттасили тиббӣ ва рушд маҳсуб ёфта, барои боз ҳам тақвият бахшидани омӯзиши захираҳои кадрӣ дар доираи ҳадафҳои стратегии давлат саҳми арзанда хоҳад гузошт.

РАЗДЕЛ I

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Абдиева Д.Х., Самадова Г.А.

ИЗУЧЕНИЕ ОЧАГОВОСТИ И ПРОФИЛАКТИКИ ЧЕСОТКИ

Кафедра дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»
Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить семейную очаговость чесотки и методы её профилактики.

Материал и методы исследования. Очаговость чесотки изучалась в 42 семьях. Общее число людей в очагах составило 285.

Была разработана «Карта обследования семейного очага», по которой проведены эпидемиологические исследования – деление очага на потенциальные и иррадиирующие, пол, возраст членов семьи, характер и тип семьи (малодетная, среднедетная, многодетная), длительность существования очага, кто первоисточник болезни и распространение чесотки.

Результаты и их обсуждение. Исследуемые очаги практически были иррадиирующими (97,6%), то есть в данной семье больных чесоткой было двое или больше. Размер очагов определялся числом лиц, проживающих совместно, он составил 4-12 человек. Отмечено, что иррадиирующие очаги чаще наблюдаются в частных домах (78%), чем в благоустроенных квартирах (22%). Число взрослых по полу были одинаковое. По возрасту взрослые составили 44,6%, дети - 55,4%. Среди иррадиирующих очагов преобладали среднедетные (51,2%) и многодетные (31,7%) семьи.

Заболеемость чесоткой в изучаемых семьях составила 75,4%. Установлено, что в 14 из них имелось 100% заражение всех членов. Мужчины

и женщины болели одинаково, но число больных детей от общего количества составило 57,2%. Анализ результатов установил, что очагов с 2-3 больными было 7,2%, с 4 – 24,4%, с 5 - 26,7%, с 6 – 19,8%, с 7 – 19,5%, с 8 - 2,4% и, конечно, большинство было в многодетных семьях (82,9%). Первоисточниками заражения в 2/3 случаев были лица мужского пола (63,4%), причем сыновей – 39% случаев. Необходимо заметить, что число больных росло параллельно давности болезни, то есть $\frac{3}{4}$ очагов существовало более 1 месяца.

Профилактическая санация очага производилась согласно методическим рекомендациям под контролем семейных медицинских сестер. В семейных очагах проведен комплекс профилактических мероприятий всех контактных лиц, которые были обучены методам текущей дезинфекции и правилам личной гигиены.

Заключение. Распространение чесотки в большей степени наблюдается в семейных очагах. Первоисточниками были лица мужского пола (64,4%), причем сыновья – 39% случаев. Семейные очаги являются наиболее инвазионно-контактной, многочисленной, длительно существующей формой объединения людей. Особенности распространения инвазии в семейных очагах дало основание целесообразности проведения комплекса профилактических мероприятий всех контактных лиц.

Амирова Н. Х., Мардонова С.М., Турсунова В.Д., Сайдахмадова Ш.Дж.

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

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

ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Цель исследования. Установить медико-социальные аспекты переносимости беременности.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были беременные женщины с переносимой беременностью.

Проведен ретроспективный анализ первичной медицинской документации 50 случаев переносимой беременности у женщин, госпитализированных в ГУ «ТНИИ АГиП» (индивидуальная карта беременной – форма 029, обменная карта - форма 087, истории родов и истории развития новорожденных).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин с переносимой беременностью составлял $24,7 \pm 1,2$ года. В раннем репродуктивном возрасте находились 30/60,0% женщин, 15/30,0% - в активном, 4/8,0% - в позднем, 1/2,0% - в подростковом периоде. Первородящие женщины составляли 33/66,0%, повторнородящие - 13/26,0%, многорожавшие - 4/8,0%. Сельскими жительницами являлись 45/90% пациенток, 10% - городскими. В структуре экстрагенитальной патологии имело место сочетание 2-х и 3-х заболеваний. Анемией различной степени тяжести страдали 36/72,0% женщин, ожирение имели 12/24,0%, обострение хронического пиелонефрита - 12/24,0%. У каждой четвертой женщины (24,0%) отмечен отягощенный акушерский анамнез (самопроизвольный выкидыш, медицинский аборт, преждевременные роды, мертворождения, преэклампсия и вирусные инфекции во время беременности). Гестационный процесс осложнился у 21/42,0% женщин преэклампсией, дородовый разрыв плодных оболочек имел место у каждой десятой (5/10,0%), нарушение маточно-плацентарного кровотока - у 8/16,0% пациенток. Более 76,0% беременных при госпитализации в стационар не имели направления, при этом 15/30% поступили в воскресные дни и каждая десятая (5/10%) - в пятницу после 15 часов; только в 10/22,7% случаях в обменных картах отмечена дата выдачи обменной карты и маршрутизация беременной.

У 19/38,0% беременных состояние оценено как удовлетворительное, тогда как в 27/54,0% - состояние средней степени тяжести и в 4/8,0% случаев - тяжелое, что было обусловлено тяжелой преэклампсией.

Медикаментозная подготовка к родам проведена с оценкой состояния шейки матки проводится с использованием шкалы E. H. Bishop: до 6 баллов использовали простагландины; 6–8 баллов - простагландины или амниотомию с инфузией окситоцина; более 8 баллов – амниотомию с инфузией окситоцина. Индукция родов проведена более 1/3 женщин (19/38%): простагландинами (мефипристон, мизопростол) - в 8/16,0% случаях, амниотомия – в 4/8,0%, родостимуляция окситоцином - в 7/14,0%.

Роды через естественные родовые пути произошли в 48/96% случаев, при этом в 4/8,3% - путем вакуум-экстракции плода. В 2/4% случаев произведено кесарево сечение по причине дистресса плода.

Родились живыми 47/92,1%, антенатальная гибель плода установлена в 2/3,9% случаев, интранатальная гибель плода произошла в 1/1,9%, ранняя неонатальная гибель плода - 1/1,9% случаях. Из 51 новорожденного каждый второй - 28/54,9% - имел массу тела выше средней (3500,0 г и более), более 1/3 (17/33,3%) – массу 3001-3499 г, 4/7,84% - 2501-3000 г, 2/3,9% - 1500-2500 г. Из 48-и новорожденных 1/2,1% младенец родился в состоянии тяжелой асфиксии (3-4 балла по шкале Апгар), каждый пятый (10/20,8%) – в асфиксии средней степени тяжести (4-6 баллов), 21/43,75% - в легкой асфиксии (7 баллов) и только 16/33,3% - в удовлетворительном (8-9 баллов) состоянии.

Данные медицинской документации свидетельствуют о ненадлежащем антенатальном уходе, несмотря на то, что 44/88,0% беременных состояли на учете у медработников. Установлено, что 18/41,0% беременных женщин посетили акушера-гинеколога не более 3-х раз, 22/50,0% отмечали 4-6 посещений и 4/9% - 7-8 посещений. Консультирование смежных специалистов в стационаре было проведено каждой третьей женщине: кардиологом - 8/16,0%, нефрологом - 12/24,0%, терапевтом - 8/16,0% случаев.

Заключение. Медико-организационными аспектами переносимой беременности являются: ненадлежащий антенатальный уход, не соблюдение принципов «маршрутизации» беременных групп высокого риска, что влияет на гестационные осложнения и отражаются на неблагоприятных перинатальных исходах.

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

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Кафедра психиатрии и наркологии ГУО ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Выявить наиболее характерные психические нарушения у детей и подростков; определить причины их возникновения и позднего обращения за специализированной психиатрической помощью, разработать новые формы лечебно-профилактической помощи детям и подросткам.

Материал и методы исследования. Произведен ретроспективный анализ 1676 амбулаторных карт 1160 детей и 516 подростков с психическими расстройствами, обратившихся в 2020-2022 годах за психиатрической помощью в Республиканский Центр психического здоровья детей и подростков, являющийся единственным медицинским учреждением, оказывающим специализированную психиатрическую помощь детско-подростковому населению республики.

Результаты и их обсуждение. Из числа обследованных у 481 ребенка и у 182 подростков были диагностированы органические заболевания головного мозга, у 15 детей и 93 подростков - поведенческие расстройства. Исследование показало, что если аутизм был диагностирован только у детей (119 больных), то невротические расстройства (71 больных), шизофрения (75 больных) и эпилепсия (15 больных) диагностированы лишь среди подростков. Данное обстоятельство свидетельствует о позднем обращении за психиатрической помощью. Если при эпилепсии это связано с последующим присоединением психических расстройств (эпилептическое изменение личности), то при невротических расстройствах и шизофрении имеет место предыдущее долгое «лечение» религиозными методами.

Изучение умственной отсталости показало, что если у 80 подростков была диагностирована умеренная степень умственной отсталости, то у 421 ребенка - умеренная и у 124 - тяжелая степень умственной отсталости. Обращение родителей этой категории больных в психиатрическое учреждение, в основном, было продиктовано необходимостью определения группы инвалидности. Отсутствие среди обследованных больных с легкой умственной отсталостью, по-видимому, обусловлено относительной трудоспособностью и большей приспособленностью данной категории к обычной жизни.

Немногочисленное количество выявленных детей и подростков с вышеуказанными психическими расстройствами, отсутствие рубрик диагностики специфических расстройств развития речи, специфических расстройств развития школьных навыков,

специфических расстройств чтения и других связаны как с недостаточностью кадрового потенциала врачей-психиатров, так и с малодоступностью специализированной психиатрической помощи детско-подростковому населению республики и обусловленным этим низкой обращаемостью.

В целях своевременной выявляемости психических расстройств среди детей и подростков нами разработаны клинические протоколы ведения и лечения психических и поведенческих расстройств в детском и подростковом возрастах в условиях ПМСП, включающие нижеследующие рубрики:

F 70-79 Умственная отсталость

F 80 Специфические расстройства развития речи

F 80.0 Специфическое расстройство артикуляции речи

F 80.1 Расстройство экспрессивной речи

F 80.2 Расстройство рецептивной речи

F 80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией

F 80.8 Другие расстройства развития речи

F 80.9 Расстройство развития речи, неуточненное

F 81 Специфические расстройства развития школьных навыков

F 81.0 Специфическое расстройство чтения

F 81.1 Специфическое расстройство спеллингования

F 81.2 Специфическое расстройство счета

F 84.0 Детский аутизм

F 84.1 Атипичный аутизм

F 90 Гиперкинетические расстройства

F 92 Смешанные расстройства поведения и эмоций

F 92.0 Депрессивное расстройство поведения.

Заключение. Таким образом, приведенные данные свидетельствуют об отсутствии профилактических осмотров несовершеннолетних, недостаточной выявляемости психических расстройств у детей и подростков и низкой обращаемости данной категории больных за психиатрической помощью. А недостаточность кадрового потенциала врачей-психиатров и малодоступность специализированной психиатрической помощи детско-подростковому населению республики это обстоятельство усугубляют. Поскольку основой психиатрической помощи детям и подросткам должна являться внебольничная помощь, необходима организация дневных стационарных отделений в областных психиатрических центрах и усиление взаимодействия врачей ПМСП с врачами психиатрами.

Гуломова М.О., Наджмидинова К.И., Салимова М.Д., Шодиева Ш.К.

НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ИНТЕГРИРОВАННОГО ПОДХОДА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПМСП

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить вопрос о необходимости интегрированного подхода общественного здравоохранения в реформировании ПМСП на новую систему ценностей, направленную на охранение и укрепление здоровья, благополучия, предупреждение болезней и основанную на современных технологиях и персональном подходе.

Материал и методы исследования. Проведен анализ современной литературы по данной проблеме. Используются выходные отчетные данные медицинской информации, проведены контент-анализ нормативной базы, статистическое наблюдение и теоретический анализ.

Результаты и их обсуждение. Сохраняются проблемы в укреплении деятельности первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), медленно осуществляется переход работы врачей на принципы семейной медицины. Низкая мотивация для формирования службы семейных врачей. И, что особенно тревожно, сохраняются проблемы в вопросах кадровой политики.

В кадровом обеспечении между уровнями оказания медицинской помощи в городе и сельской местности; в городе в ПМСП и в стационаре (на уровне ПМСП и в сельской местности отмечается недостаток специалистов, а на уровне стационаров (в городах) – избыток) не меняется дисбаланс. Один врач ПМСП обслуживает более 2000 человек прикрепленного населения (в Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) – менее 1500). На уровне ПМСП остро ощущается недостаток среднего медицинского персонала (практически везде одна медсестра на одного участкового врача при требуемых 2–3 ставках).

На сегодня доля врачей, имеющих квалификационные категории, составляет всего 46,5 %, (в городе – 48,0%, в селе – 39,3%). Достаточно высок уровень врачей предпенсионного и пенсионного возрастов (22,7%), что особенно характерно для сельских районов, куда молодые специалисты едут без энтузиазма.

Достичь намеченных результатов можно лишь за счет последующего смещения

акцентов на развитие общественного пациент-ориентированного здравоохранения с позиций совершенствования профилактики и управления заболеваниями на уровне первичной медико-санитарной помощи. Это возможно лишь в условиях эффективного организационного, кадрового, финансового, менеджмента.

Все это требует тесной интеграции между всеми заинтересованными службами и ведомствами, основанной на взаимодействии специалистов, представителей разных профессий и служб сектора здравоохранения.

Интеграция между отдельными службами системы здравоохранения и их взаимодействие на всех уровнях организации медицинской помощи особенно актуальны для современного Таджикистана. Это касается, прежде всего, борьбы с такими заболеваниями, как диабет, хронические обструктивные болезни легких, сердечно-сосудистые заболевания, то есть заболевания, зачастую обусловленные поведенческими факторами. В большей степени вышеупомянутые заболевания зависят от соблюдения диеты, регулярности физической нагрузки, употребления табака и алкогольных напитков, что зачастую требует принятия комплексных профилактических программ с участием различных ведомств и министерств (Министерство внутренних дел, Министерство юстиции, Министерство культуры и спорта и др.).

Повышение эффективности Таджикского здравоохранения должно быть основано прежде всего на реализации всех тех принципов и рекомендаций, которые разрабатываются мировым медицинским сообществом для национальных систем здравоохранения.

Заключение. Таким образом, основу улучшенной системы первичной медико-санитарной помощи составляют интеграция и координация на всех ее уровнях.

Создание, реализация и дальнейшее усовершенствование службы общественного здравоохранения играют важную стабилизирующую роль в обществе, обеспечивая развитие и укрепление ПМСП посредством укрепления здоровья населения и благосостояния государства в целом.

Интеграция новых знаний и умений в постоянный процесс оказания медицинской помощи пациенту от периода внутриутробной жизни до смерти повышает возможности медицинской практики. При этом пациенты выигрывают от более целостного подхода к их здоровью и увеличивающихся возможностей получить всестороннюю помощь на местном уровне.

Кроме того, население само принимает активное участие в сохранении и собственном

оздоровлении, обучаясь медицинской грамоте. Семейный врач выигрывает от того, что включаются механизмы мотивации, его практика становится более разнообразной и интересной. Система здравоохранения выигрывает от превращения медицинского обслуживания в экономически более рациональное и эффективное. А государство выигрывает от укрепления и повышения потенциала общественного здоровья — наиболее ценного ресурса социально-экономического развития.

Джаборова Т.С., Рахматова Н.А.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКАЯ БАЗА УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Кафедра общественного здравоохранения, экономики и управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования медицинских кадров в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить состояние отдельных видов и загруженность лечебно-диагностического оборудования, используемого на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и амбулаторно-диагностических отделений.

Материал и методы исследования. Представлены сведения, полученные из форм опроса руководителей учреждений ПМСП и частных диагностических учреждений системы здравоохранения - слушателей курсов первичной специализации и усовершенствования на базе кафедры общественного здравоохранения, экономики и управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ.

Результаты и их обсуждение. С системой здравоохранения чаще всего человек сталкивается впервые, обратившись в Центр здоровья, который является самым распространенным звеном, оказывающим первичную медико-санитарную помощь. Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи определен «Кодексом здравоохранения Республики Таджикистан от 30 мая 2017 года №1413, принятом Постановлением МН МОРТ от 15 марта 2017 года №712, одобренным Постановлением ММ МОРТ от 18 мая 2017 года №374.

ПМСП включает в себя работу в отношении широкого круга детерминантов здоровья и требует комплексного учета взаимосвязи

аспектов физического, психического и социального здоровья и благополучия. Он представляет собой наиболее инклюзивный, эффективный и результативный подход к повышению уровня физического и психического здоровья людей и их социального благополучия. Все больше данных свидетельствуют о высокой эффективности вложения ресурсов в развитие ПМСП во всем мире, особенно в контексте пандемии COVID-19.

Для решения задачи качественной организации первичной медицинской помощи населению на амбулаторном уровне необходимо определенное количество диагностического оборудования, например, оборудование для проведения обследований органов грудной клетки с профилактической целью, преимущественно для раннего выявления туберкулеза и рака легких. Несмотря на то, что оборудование для профилактического скрининга имеется не только на базе амбулаторных, но и других отделений учреждений госпитальной службы, по существу, оно используется для обследования населения при оказании ему амбулаторной помощи. Также для диагностических и профилактических обследований используются компьютерная томография, УЗ исследование, магнитно-резонансная томография, радиологические исследования.

Практика показывает, что дорогостоящее диагностическое и лечебное оборудование,

доступное, в основном, в больших городах, из-за большой нагрузки быстро изнашивается и становится непригодными, а также из-за нехватки обученных кадров, недостатка реактивов и запасных частей, хранения в несоответствующих условиях и непригодных местах, простаивает и приходит в быструю негодность.

Заключение. Необходимо улучшить управление материально-технической базой учреждений ПМСП, организовать

централизованную закупку оборудования, исходя из потребности, уменьшить нагрузку на имеющееся оборудование, подготовить кадры для закупки медицинского оборудования на национальном, областном и районном уровнях, подготовить персонал по техническому обслуживанию лечебно-диагностических оборудований и проводить регулярный мониторинг оптимального использования имеющегося оборудования.

Джаборова Т.С., Рахматова Н.А.

ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ УСЛУГ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЦЕНТРАМИ ЗДОРОВЬЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

Цель исследования. Определение удовлетворенности населения оказанием первичной медико-санитарной помощи в Центрах здоровья районов и сел Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. В анкетировании приняли участие 1566 человек в возрасте старше 18 лет, посетившие городские, районные и сельские центры здоровья Республики Таджикистан, добровольно согласившиеся на участие в исследовании.

Сбор материала проводился методом анкетирования. Анкета, разработанная ассистентами кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ, включала вопросы, касающиеся возраста, места жительства, удовлетворенности режимом работы специалистов в ПМСП, длительности процедуры записи к врачу (в течение какого времени смог записаться на прием), способов записи на прием к врачу, количества обращений за медицинской помощью в учреждения ПМСП, удовлетворенности своевременным приемом со стороны врача, работой регистратуры, информацией, полученной от семейного врача о заболевании, плане обследования, лечения, рекомендаций по режиму дня и питания, оценку культуры общения персонала центров здоровья, удовлетворенность качеством оказанных медицинских услуг,

предложения по улучшению доступности и качества медицинских услуг, предоставляемых центрами здоровья, причина неудовлетворенности и др.

Результаты и их обсуждение. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по семейному принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом положений «Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан от 30 мая 2017 года №1413. При исследовании определяли, что в учреждениях ПМСП (ГЦЗ, РЦЗ, СЦЗ) 43% пациентов в возрасте 28-45 лет; 30% - 18-25 лет; 21% - 46-60 лет; и всего 6% - старше 60 лет. Большинство обследуемых были из г. Душанбе (84,1%), из Хатлонской области – 6,7%, из ГБАО – 5,3%, другие области и районы территории составили 3,9%. Пациенты наиболее часто записываются на приемы, взяв талон в регистратуре (23,7%), по телефону – 17,3%, на приеме у врача – 11,5%, без записи – 47,5%. За медицинской помощью 58,6% обращались несколько раз, 34,4% утверждают, что обращались всего 1 раз, 4,7% постоянно посещают Центры здоровья и 2,3% ни разу не обращались за медицинской помощью. Подавляющее большинство анке-

тируемых (68,7%), в целом, устраивает режим работы семейных врачей Центров здоровья, однако 31,3% исследуемых заявило, что, по их мнению, этот критерий не соответствует желаемому, а именно, их не устраивает длительность приема – он слишком короткий, длительный перерыв, несвоевременное начало рабочего дня. Из 1566 опрошиваемых человек 1123 (71,7%) остались довольны оказанной им медицинской услугой; тем не менее, 443 человека, что составляет 28,3%, были не удовлетворены одним или несколькими указанными критериями. При проведении исследования было выявлено, что больше половины респондентов (87,0%) удовлетворены качеством оказываемых медицинских услуг населению. Недостаточно организованная деятельность Центра здоровья составляет 31,3% от всех замечаний респондентов, что

в 5 раз больше, чем по поводу работы медицинского персонала.

Заключение. Преобладающая часть пациентов удовлетворены оказанием медицинской помощи населению, что связано с высокой квалификацией семейных врачей, постоянной работой их с прикрепленным населением на участке и внимательным отношением к пациентам. Наиболее частое обращение пациентов по причине жалоб на какие-либо заболевания свидетельствует о недостаточности профилактических мероприятий на прикрепленных участках. По поводу слабой организации деятельности центров здоровья замечаний в 5 раз больше, чем по поводу работы медицинского персонала, что говорит о необходимости улучшения обустройства центров здоровья в сельской местности, в том числе, обеспечения его удобствами и нововведениями.

Джаборова Т.С., Рахматова Н.А., Хусаинова А.А.

ИЗУЧЕНИЕ ОПЫТА РАБОТЫ КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЭКОНОМИКИ И УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ С КУРСОМ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЛИДЕРСКИХ КАЧЕСТВ У СЛУШАТЕЛЕЙ

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

Цель исследования. Анализировать возможности формирования лидерских качеств у слушателей посредством проведения семинарских занятий по модулю: «Лидерство и власть».

Материал и методы исследования. Для данной работы были использованы следующие методы: исторический, аналитический, логический, монографический, статистический и метод анкетного опроса. Единицами наблюдения являлись 72 слушателя, обучавшихся по специальности: «Менеджмент общественного здравоохранения».

Результаты и их обсуждение. Значение лидеров в управлении научными и практическими учреждениями здравоохранения всегда было и остается исключительно высоким. В условиях переходного периода, когда требуется чрезмерно высокая ответственность управленцев-лидеров, меняется система привычных отношений, схем управления

и финансирования, возрастает значение и роль лидеров. В этих условиях от лидера и его качеств полностью зависит выживаемость и перспективы развития коллективов. Практика показывает, что руководители через лидерские качества оказывают влияние на подчиненных с тем, чтобы они выполнили необходимую работу, свои функциональные обязанности, то есть лидерство - это процесс, направленный от руководителя к подчиненным. Необходимо понимать, что лидерство - это более сложный процесс и имеет не только одно направление воздействия. В современных условиях, несмотря на определенный накопленный опыт в стране и за рубежом по подготовке руководящих кадров здравоохранения, проблема остается недостаточно решенной и весьма актуальной. Профессиональные кадры для управления учреждениями здравоохранения проходят подготовку на базе кафедры общественного

здравоохранения, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ ИПОвСЗ РТ. Профессорско-преподавательский состав кафедры имеет значительный опыт и достижения в управлении, подготовке кадров для организации услуг здравоохранения населению.

В ходе исследования было установлено, что в 76,6% случаев углубленного изучения слушателями опыта работы лидеров мнение основывалось на регулярном упоминании об их заслугах на занятиях по модулю. Для подготовки к семинару слушатели использовали материалы, размещенные в сети Интернет (95,2%). В 100% случаев обучающиеся в полной мере освещали биографии великих врачей - руководителей системы здравоохранения, их заслуги и в 71,9% случаев раскрывали их лидерские качества. По отзывам слушателей, данный семинар расширяет кругозор по управлению учреждениями здравоохранения (92,9%), способствует развитию лидерских качеств и коммуникативных навыков (78,3%). Для сохранения исторических заслуг ведущих руководителей медицины молодым кадрам по управлению учреждениями сегодня необходимо работать

усиленно и качественно. В течение 30 лет профессорско-преподавательский состав кафедр института отличался смелостью научных идей, талантом первопроходцев, обладали особым качеством – всегда доходить до самой сути, когда дело касается лечения пациентов или управления медицинскими учреждениями.

Заключение. В сложившихся условиях развития здравоохранения, где особое значение придается стратегическому планированию, настоящий лидер должен обладать соответствующими знаниями, навыками, умениями с тем, чтобы не ослабить систему здравоохранения и медицинскую науку, напротив, найти на каждом уровне управления такие варианты действий, которые способны улучшить качество системы охраны здоровья, служб здравоохранения, работу коллективов и учреждений. Использование на занятиях кафедры материалов по изучению деятельности ведущих руководителей в системе здравоохранения является эффективным методом формирования лидерских качеств и профессионального воспитания будущих управленцев медицинских учреждений, научных и клинических центров.

Ibragimov B.I., Ruziev Sh.I.

EXPERT ASSESSMENT OF THE PRESCRIPTION OF SOFT TISSUE INJURIES

Andijan State Medical Institute
Tashkent Pediatric Medical Institute
Tashkent, Uzbekistan

Aim. Development of an algorithm for modern morphometric assessment of the prescription of soft tissue injuries in the practice of forensic medical examination.

Material and methods of research. The study was based on data from the analysis of 53 cases of soft tissue injury with a blunt object at the age of 18 to 37 years. The greatest number of soft tissue injuries was registered among men (57,8%).

The largest number of injuries are domestic-27 (50,9%) cases, the second most common in street injuries - 11 (20,7%), of which 3,7% are transport injuries, as well as school and sports injuries (13,8% and 10,9%, respectively).

The results of the study and their discussion. As a result of histological examination of

injured soft tissues in dynamics, we found that it makes sense to adhere to the division of tissues into two zones - the zone of destruction and the zone of reactive changes.

Hemorrhages in the areas of destruction were not always present – in 23,2% of cases they were absent. In the existing hemorrhages, red blood cells were not always changed (leaching, hemolysis), there were often foreign impurities - soil particles, clothing fibers, unidentified particles. Sometimes there was a weak - from individual cells-admixture of white blood cells. The destruction zones occupied almost the entire area in the sections, up to 77,8%, but islands of preserved soft tissues were clearly visible around the destruction zones and their thickness.

In the zone of reactive changes, we noted the preservation of the structure of tissues - skin, subcutaneous tissue, and muscles-at the scene of death. In the skin there were overlays on the preserved epidermis - blood, soil particles, clothing fibers, structureless masses. Often, the stratum corneum of the epidermis was absent, while the remaining layers were preserved. There was no metochromasia in the dermis, but

there was a slight loosening of the stroma. The skin derivatives remained unchanged.

Conclusion. Assessment of the age of soft tissue damage by morphometric method in the first day after the injury shows a reliable dynamics of the increase in capillary anemia, increase in capillary lumen, increase in the size of adipose tissue cells, which can serve as new criteria for histological determination of the age of damage.

Икромова Г.Д., Султонова А.А., Хасанова Н.И.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АНОМАЛИЙ ПРИКУСА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

Кафедра ортопедической и терапевтической стоматологии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Стоматологическая клиника «ИГНЭС», г. Худжанд

Цель исследования. Определение частоты сагиттальных и вертикальных аномалий окклюзии у пациентов.

Материал и методы исследования. Изучены данные из амбулаторных карт ортодонтических пациентов, получивших аппаратурное лечение.

Были выбраны 267 пациентов в возрасте от 7 до 27 лет с различными формами аномалий отдельных зубов, зубного ряда и прикуса, получивших ортодонтическое лечение в стоматологической клинике «ИГНЭС» и Городском центре здоровья №4 г. Худжанда с октября 2017 по ноябрь 2019 года. Из них 178 (66,2%) составляли пациенты женского пола, 89 (33,3%) – мужского пола.

Всем пациентам ортодонтическое лечение проводилось с помощью съемных пластинок, трейнеров, брекет-систем и несъемных небных расширителей.

Использовались общепринятые клинические методы исследования, фотометрия,

измерение диагностических моделей челюстей, рентгенологический метод исследования.

При клиническом методе исследования оценивали общее состояние пациента, его конституцию, рост, осанку, изучали форму лица в фас и профиль, его пропорциональность и особенности. Для определения положения нижней челюсти были проведены клинические функциональные пробы Эшлера-Битнера и Ильиной-Маркосян.

Также пациентам исследовали функции зубочелюстной системы: глотание, дыхание, жевание, речь. Для диагностики аномалий прикуса была применена классификация Энгля.

Результаты и их обсуждение. По результатам изучения карт пациентов была предложена следующая взаимосвязь вертикальных аномалий прикуса и аномалий прикуса по сагиттали и нейтральным прикусом.

Показатели	Класс I	Класс II (1-й подкласс)	Класс II (2-й подкласс)	Класс III	Количество обследованных
Нормальное перекрытие	37	26	9	23	95
Вертикальная резцовая дизокклюзия	2	15	2	4	23
Глубокая резцовая дизокклюзия	26	56	50	17	149
Всего	65	97	61	44	267

Из общего числа пациентов, принимавших ортодонтическое лечение в данный период, 202 (75,6%) составляли пациенты с сагиттальными аномалиями прикуса. У 65 (24%) пациентов встречались аномалии зубов, зубных рядов, окклюзии при нейтральном соотношении первых моляров по Энгля (Класс I).

Среди 202 ортодонтических пациентов с аномалиями прикуса в сагиттальной плоскости, дистальная окклюзия встречалась в 158 случаях (59%), мезиальная окклюзия - в 44 (16%) случаях. Аномалию прикуса по Энгля класс II (2-й подкласс) диагностировали у 97 пациентов. Дистальная окклюзия с ретрузией фронтальных зубов Класс II (2-й подкласс), была выявлена в 61 случае. Основываясь на проделанной клинической работе, на наш взгляд, целесообразно выделение различных форм дистального прикуса, так как последние, как правило, имеют различную этиологию и патогенез, различные клинические признаки, требуют дифференциального ортодонтического подхода.

Заключение. Таким образом, среди пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью, значительное место занимают аномалии окклюзии в сагиттальной плоскости, наличие глубокого резцового перекрытия и вертикальной резцовой дизокклюзии указывают на необходимость введения в план ортодонтического лечения техникой прямой дуги специальных методик (окклюзионных накладок, вертикальных тяг, сегментарных дуг, минивинтов).

Полученные данные свидетельствуют об актуальности всестороннего изучения различных аспектов профилактики, диагностики и лечения дистальной окклюзии как самостоятельной нозологической формы, учитывая ее высокую распространенность. С научной и практической точек зрения необходимо подчеркнуть целесообразность выработки комплексного подхода при ортодонтическом лечении различных форм дистального прикуса, учитывая этиологию, патогенетические механизмы и возраст пациента.

¹Мирзоев А.С., ²Рузиев М.М., ³Саидзода Ф.Б., ³Бобохонова М.С.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОПВ2 В ОТВЕТ НА ВСПЫШКУ ЦВРВП2 В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

²ГУ «Научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗиСЗН РТ

³ГУ «Республиканский центр иммунопрофилактики Республики Таджикистан»

Цель исследования. Оценка эффективности использования новой оральной полиомиелитной вакцины типа 2 (НОПВ2) в ответ на вспышку циркулирующего вакцинородственного вируса полиомиелита типа 2 (ЦВРВП 2).

Материал и методы исследования. Для проведения исследований по оценке эффективности использования новой оральной полиомиелитной вакцины типа 2 (НОПВ2) проведена оценка формирования иммунитета после получения двух доз НОПВ2 с интервалом в 4 недели. Под наблюдением находился 236 детей. У всех 236 детей были отобраны по 3 образца сухой капли крови (СКК). Все собранные образцы СКК были отправлены в лаборатории СДС в г. Атланту для тестирования на полиомиелит.

Оценка проводилась в трех административных зонах (г. Душанбе, Хатлонская область и Районы республиканского подчинения) республики. В Хатлонской области оценка проводилась в районах Дж. Балхи, Кушониён и Вахш. В районах республиканского подчинения - в городах Турсунзаде, Вахдат и Файзабадский район.

Вакцина НОПВ2 используется исключительно в рамках реагирования на вспышки вакцинородственного вируса полиомиелита типа 2 (ВРВП2) и находится в Списке экстренного применения ВОЗ. В рамках мер реагирования проводится вакцинация двумя дозами НОПВ2 с интервалом 30 дней детей в возрасте 0-64 месяцев.

Из 236 детей, которые находились под наблюдением, у 228 были взяты сухие капли крови для исследования оценки уровня им-

мунитета против полиомиелита. От общего количества исследуемых детей мальчики составили 116 (50,9%). Возрастная группа исследуемых представлена детьми, родившимися после 1 января 2016 года. Возрастная структура исследуемых выглядела следующим образом: детей 0-6 месяцев было 6 (2,6%); 6-12 месяцев - 18 (7,9%); 12-36 месяцев - 92 (40,4%); 36-66 месяцев - 112 (49%) человек.

От общего количества 200 (87,7%) детей получали инактивированную полиомиелитную вакцину (ИПВ) в рамках плановой вакцинации или в рамках дополнительных дней иммунизации (ДДИ). Средняя полученная доза полиомиелитной вакцины составила 5 доз (от 1 до 5 доз), 221 (96,9%) ребенок получил больше 3 дозы полиомиелитной вакцины до введения дополнительных доз в рамках компании нОПВ2.

Результаты исследования. Результаты лабораторного исследования при использовании микро-нейтрализующих тестовых наборов для измерения титров антител на вирус полиомиелита типов 1, 2, и 3 показали, что 26% исследуемых детей имели серопревалентность ко второму типу полиовируса. После получения первой дозы новой оральной полиомиелитной вакцины типа 2 (нОПВ2) уровень серопревалентности повысился до

76,7% и после получения второй дозы нОПВ2 достиг 83,8%.

Самый высокий уровень сероконверсии (переход от серонегативного к серопозитивному) наблюдался после получения первой дозы - 67,4% (89/132) (СІ 95%: 58.7, 75.3), после получения второй дозы - 44Ю2% (19/43) (СІ 95%: 0.29, 60.1). По результатам, двухдозовая сероконверсия получена в 76,5% (101/132) (СІ 95%: 68.4, 83.5).

Бустерный уровень (4-кратное увеличение титра антител среди серопозитивных) наблюдался после получения первой дозы - 58,0% (29/50) (СІ 95%: 43.2, 71.8), после получения второй дозы - 8,6% (13/168) (СІ 95%: 4.6, 14.8). По результатам, двухдозовая сероконверсия получена у 54,0% (27/50) (СІ 95%: 39.3, 68.2).

Заключение. Полученные лабораторные результаты измерения титров антител на вирус полиомиелита типов 2 указывает на эффективность новой оральной полиомиелитной вакцины типа 2 (нОПВ2), которую ВОЗ использует при экстренных ситуациях в ответ на случаи паралича от циркулирующего вакцинно-родственного вируса полиомиелита типа 2 (цВРПВ2). Первая доза нОПВ2 была наиболее иммуногенной, чем вторая доза (сероконверсия 67,4% в сравнении с 44,2%, $p=0,01$).

¹Мирзоев А.С., ²Сафаров З.Ш., ³Рузиев М.М.

ИНИЦИАТИВЫ ГЛОБАЛЬНОГО УРОВНЯ

¹Кафедра эпидемиологии, гигиены и охраны окружающей среды с курсом микробиологии и вирусологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

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

³ГУ «Научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучения и использование государственной политики Республики Таджикистан на международной арене в учебном процессе.

Материал и методы исследования. За период 2003 и 2023 года по инициативы Таджикистана было внесено более 9 предложений на Генеральных Ассамблеях ООН в области климата и воды. Все предложения были приняты резолюциями Генеральной Ассамблеи ООН. Изучены резолюции Генеральной Ассамблеи ООН по данной тематике.

Результаты и их обсуждение. Правительство Таджикистана, приверженное

продолжению усилий по предоставлению площадки для диалога по вопросам политики, партнерства и действий в области водных ресурсов на глобальном, региональном и национальном уровнях, в рамках реализации Десятилетия проводило ряд конференций высокого уровня при поддержке ООН и других партнеров. Серия этих мероприятий составляет «Душанбинский водный процесс».

Первая Международная конференция высокого уровня по реализации целей Международного десятилетия действий «Вода для устойчивого развития, 2018-2028» (Первая

Душанбинская конференция по реализации водного Десятилетия действий) состоялась 20-21 июня 2018 года в Душанбе.

7 июня 2022 года в Душанбе состоялась Вторая Международная конференции высокого уровня, посвященная Международному десятилетию действий «Вода для устойчивого развития, 2018-2028 годы», в работе которой принял участие и выступил Основатель мира и национального единства – Лидер нации, Президент Республики Таджикистан, уважаемый Эмомали Рахмон. Вторая Душанбинская конференция стала площадкой для высвечивания и консолидации необходимой информации по воде в помощь подготовке Конференции ООН среднесрочному всеобъемлющему обзору выполнения задач Международного десятилетия действий «Вода для устойчивого развития», 2018-2028, которая проходила в 2023 году в Нью-Йорке.

Кроме того, на Конференции рассмотрена важнейшая роль воды, санитарии и гигиены в противостоянии пандемии COVID-19 и другим угрозам человеческому здоровью, вызванными болезнями, передаваемыми через воду, а также взаимосвязь между водой и изменением климата в контексте управления водными ресурсами как ключевого фактора смягчения последствий и адаптации к изменению климата.

В декабре прошлого года Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций по нашей очередной инициативе приняла соответствующую Резолюцию об объявлении 2025 года «Международным годом защиты ледников». Основная цель этой инициативы — привлечь внимание мирового сообщества к глобальной проблеме стремительного таяния ледников. Ледники являются основным источником пресной воды на нашей планете. К сожалению, их количество с каждым годом уменьшается под влиянием

изменения климата. За последние несколько десятилетий в Таджикистане полностью исчезло более 1 тысячи ледников. Стремительное таяние ледников наблюдается и в других частях мира, в том числе в Арктике и Антарктиде.

Результатом этих усилий и принятых мер является включение связанных с водой целей и задач, наряду с Целями развития тысячелетия, в Цели устойчивого развития, а также включение водных вопросов в повестку дня климатической, биологической, продовольственной, энергетической и других сфер.

Таджикистан, как страна – источник региональных водных ресурсов, также является сторонником экономного и рационального использования воды в регионе и за его пределами. Поэтому поддержка всех наших инициатив мировым сообществом и признание Таджикистана в качестве одной из ведущих стран в обсуждении глобальных водных проблем является большим достижением.

Таким образом, Таджикистан внес свой вклад в экономное и справедливое использование водных ресурсов на глобальном уровне. Также был достигнут значительный прогресс в повышении осведомленности общества о водопользовании на национальном уровне.

Заключение. Водные ресурсы находятся под глубоким воздействием изменения климата, урбанизации, роста населения, индустриализации и других. Анализы показывают, что, несмотря на некоторые продвижения, для достижения Целей устойчивого развития, в том числе шестой цели, и других целей, связанных с водой, необходимо многократно увеличить усилия и действия. Необходимо для обсуждения и анализа действий и обязательств, связанных с водой, регулярно проводить совещания, возможно, раз в два-три года на высоком уровне.

Назирова Н.К., Воситзаде З.Ф., Абдулхаева Ш.Р.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ГУ ГЦЗ № 1 Г. ДУШАНБЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Провести анализ качества ведения пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении семейного врача (СВ) с ди-

агнозом сахарный диабет (СД), в соответствии с действующими «Клиническими протоколами» и «Национальными стандартами».

Материал и методы исследования. Оценка качества ведения пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении СВ с диагнозом СД, проводилась путем ретроспективного анализа амбулаторных карт пациентов в ГУ ГЦЗ № 1 г. Душанбе РТ на их соответствие установленным стандартам по ведению данной категории пациентов на основании действующих «Клинических протоколов» и «Национальных стандартов».

Результаты и их обсуждение. Проведена оценка качества ведения пациентов с СД (за 2022 год) путём ретроспективного анализа случайно отобранных 90 амбулаторных карт пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении СВ в ГУ ГЦЗ № 1 г. Душанбе, среди которых мужчины составили 67,7% (61), женщины – 43,3% (39).

Анализ показал, что только 96,7% (87) пациентов прошли диспансеризацию в 2022 году. При этом у 73% (66) диагноз сформулирован в соответствии с МКБ-10.

Известно, что уменьшение числа осложнений на популяционном уровне обусловлено улучшением контроля над такими основными факторами риска, как повышенный уровень АД, липиды крови, уровень глюкозы в крови, наряду с улучшениями в организации медицинской помощи и повышением ее качества. В 98,9% (89) амбулаторных карт имеются данные измерений АД, пульса, только у 62,2% (56) пациентов определен ИМТ. Результаты общего анализа крови имеются у 75,6% (68), общего анализа мочи – у 70,0% (63), глюкозы крови – у 85,6% (77), общего холестерина – у 43,3% (39), ЭКГ – у 72,2% (65), флюорография – у 73,3% (66). У 75,6% (68) пациентов в амбулаторных картах имеются данные осмотра глазного дна, у 66,7% (60) - осмотр стоп.

Больные диабетом нуждаются в систематической, непрерывной и организованной помощи, оказываемой СВ во взаимодействии с узкими специалистами. Так, 75,6% (68) па-

циентов осмотрены эндокринологом, 66,7% (60) – окулистом, 43,3% - фтизиатром.

Уже на уровне первичного звена можно улучшить исходы путем проведения основных вмешательств, включающих медикаментозную терапию, санитарное просвещение населения и консультирование, а также последующее динамическое наблюдение больных диабетом. Так, немедикаментозная терапия прописана в амбулаторных картах у 93,3% (84) пациентов, медикаментозное лечение – у 90,0% (81). Кроме того, 52,2% (47) прошли обучение в Школе здоровья ГУ ГЦЗ № 1 г. Душанбе. Обучение пациентов в Школе СД способствует повышению их информированности и осознанной ответственности за свое здоровье, что является ключевым фактором повышения приверженности пациентов следовать рекомендациям врачей, что в конечном итоге способствует повышению качества предоставляемых медицинских услуг и качества жизни самих пациентов.

Заключение. Эффективная организация медицинской помощи СВ на амбулаторном уровне позволяет обеспечить проведение основных вмешательств и регулярное дальнейшее наблюдение за пациентами, что дает возможность больным сахарным диабетом прожить долгую и относительно здоровую жизнь, несмотря на то, что диабет - это хроническое прогрессирующее заболевание.

Систематическое оказание помощи должно включать периодическую оценку показателей метаболического обмена и возможных осложнений, согласованный и обновляемый по мере необходимости план лечения диабета и доступность ориентированной на потребности пациента помощи, оказываемой командой специалистов. Многие из этих вмешательств доказали свою эффективность и экономическую целесообразность, а их реализация возможна даже в условиях ограниченных ресурсов.

Назирова Н.К., Воситзаде З.Ф., Шодиева Ш.К., Салимова М.Д.

**ВОПРОСЫ ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ:
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
И РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ
В ГУ ГЦЗ №1 Г. ДУШАНБЕ
РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН**

Кафедра семейной медицины ГОУ "ИПОВСЗ РТ"

Цель исследования. Изучить вопросы организации медицинской помощи подросткам и результаты диспансеризации подростков в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Проведен анализ показателей, характеризующих деятельность семейных врачей и подростковой службы ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе РТ по данным ежегодных статистических отчетов подростковой службы, отчетным формам и амбулаторным картам СВ.

Результаты и их обсуждение.

В Республике Таджикистан в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ от 16 октября 2018 года, № 954 "Об утверждении Порядка проведения медицинского осмотра, постоянного диспансерного контроля и времени проведения прививок" проводится ежегодная диспансеризация подростков в

возрасте от 15 до 18 лет.

В 2022 г. медицинское обследование прошли 100% подростков (из них 54,5% мальчики), выявлено больных 15,5% подростков, что сравнительно больше, чем в 2021 г. (14,5%). Всего взято на «Д» - учет: в 2021 г. 4,7% подростков (из них мальчики составили 81,1%), в 2022 г. – 6,6% подростков (из них мальчики – 52,7%). Количество оздоровленных подростков, состоявших на «Д» - учете, в 2021 г. составило 90,7% (в т.ч. мальчики составили 53,2%), в 2022 – 90,8% (в т.ч. мальчики – 53,9%). Количество оздоровленных подростков из числа вновь взятых на «Д» - учет в 2021 г. составило 50,5% (в т.ч. мальчики 82,1%), а в 2022 сравнительно больше – 66,6% (в т.ч. мальчики – 54,2%). Таким образом, состояло на «Д» - учете на конец 2021 г. 2,9% подростков (в т.ч. 75% составили мальчики), а на конец 2022 г. – 2,4% подростков (в т.ч. 50% мальчики).

<i>Показатели</i>		<i>2021 г.</i>	<i>%</i>	<i>2022 г.</i>	<i>%</i>
<i>Общее количество</i>	<i>Подростки</i>	2379	100	5160	100
	<i>В т.ч. мальчики</i>	1271	53,4	2814	54,5
<i>Прошли медицинское обследование</i>	<i>Подростки</i>	2347	98,7	5160	100
	<i>В т.ч. мальчики</i>	1271	54,2	2814	54,5
<i>Всего состояло на «Д» - учете</i>	<i>Подростки</i>	139	5,8	141	2,7
	<i>В т.ч. мальчики</i>	74	53,2	76	53,9
<i>Всего взято на «Д» - учет</i>	<i>Подростки</i>	111	4,7	338	6,6
	<i>В т.ч. мальчики</i>	90	81,1	178	52,7
<i>Оздоровлено подростков, состоявших на «Д» - учете</i>	<i>Подростки</i>	126	90,7	128	90,8
	<i>В т.ч. мальчики</i>	67	53,2	69	53,9
<i>Оздоровлено подростков, взятых на «Д» - учет</i>	<i>Подростки</i>	56	50,5	225	66,6
	<i>В т.ч. мальчики</i>	46	82,1	122	54,2
<i>Состоит на «Д» - учете</i>	<i>Подростки</i>	68	2,9	126	2,4
	<i>В т.ч. мальчики</i>	51	75	63	50
<i>Выявлено больных</i>	<i>Подростки</i>	346	14,5	798	15,5
	<i>В т.ч. мальчики</i>	171	42,4	388	48,6

Заключение. Здоровье каждого подростка заслуживает пристального внимания. Сохранение и восстановление здоровья подростков представляется комплексной проблемой, решение которой зависит от сочетания усилий многих специалистов, также семьи и общества в целом.

Важную роль в сохранении и восстановлении здоровья подростков играет

семейный врач и его взаимодействие с врачом подросткового кабинета, также преемственность во взаимодействии с узкими специалистами, что позволит максимально реализовать специфику охраны здоровья подростков, предоставляя весь комплекс медико-профилактических мероприятий в реальной амбулаторной практике.

Насридинова Х.С., Нарзуллаева А.Р., Мухамадиева С.М., Истамова Г.Д.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С ПОРОКАМИ СЕРДЦА

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Оценить качество медицинских услуг беременным с пороками сердца для разработки предложений по улучшению акушерской помощи для этой категории пациенток.

Материал и методы исследования. Объектом исследования было ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии». Проведен ретроспективный анализ 140 историй родов беременных с пороками сердца. Контрольную группу составили 50 беременных без порока сердца. В работе использована классификация МКБ 10 пересмотра (1999).

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

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных беременных с пороками сердца в среднем составляет $27,7 \pm 5,8$ лет. Большинство женщин с пороками сердца были сельскими жительницами (88%), из них из районов республиканского подчинения поступили 70,5% беременных, Хатлонской области - 25%, Согдийской - 4,4%. По семейному положению, уровню образования, роду трудовой деятельности беременные женщины с пороками сердца не отличаются от беременных женщин без пороков сердца.

При ретроспективном анализе экстрагенитальной патологии установлено, что анемия беременной наблюдалась в основной группе в 56,1% случаев, в контрольной группе - в 39,1%, заболевания почек - в 20% и 12% соответственно. В остальных случаях статистически значимых изменений не установлено: йоддефицитные состояния встречались в 6%, дефицит массы тела - в 4%, заболевания органов дыхания - в 4%, варикозная болезнь - в 2%; короновиральную инфекцию перенесли 6% беременных. В основной группе ревматоидный артрит в анамнезе имели 4% пациенток. Статистически значимой разницы в показателях заболеваемости воспалительными заболеваниями органов малого таза в основной и контрольной группах не установлено (19,1 и 17,0% соответственно).

Из паритета родов установлено, что каждая вторая (50%) являлась повторнородящей, первобеременные составляли 26%, первородящие - 14%, многорожавшие - 10%. Среди обследованных с пороками сердца отягощенный акушерский анамнез имели 60,7% женщин: самопроизвольные выкидыши - 36,5%, неразвивающуюся беременность - 9,7%, медикаментозный аборт произведен в 4,8% случаев, мертворождение имело место в 7,3%, преждевременные роды - в 2,4%.

К сожалению, из историй родов в 94% случаев контрацептивный анамнез не установлен. Анализ медицинской документации показал, что по поводу настоящей беременности не состояли на учете у акушера-гинеколога 58% пациенток, более $\frac{1}{3}$ (34,1%) посетили медработников 3-4 раза и 65,8% - более 5 раз.

Эхокардиография в амбулаторных условиях произведена в 84% случаев, в стационаре - в 12%. Консультированы совместно с кардиологом и кардиохирургом 70% беременных, из которых только кардиологом - 60%, кардиохирургом - 40%. По сроку гестации в 83,7% случаев роды произошли в срок (38-40 недель), в 16,3% - преждевременно (до 35-36 недель). Несмотря на благополучное течение беременности, в группе женщин с пороками сердца кесарево сечение произведено в 90% случаев, в остальных 10% роды произошли через естественные родовые пути. У 78,6% - по показаниям со стороны сердечно-сосудистой системы. В контрольной группе операция кесарева сечения проводилась в 18,5% случаях. Перинатальные исходы были следующими: доношенными родились 85,8% младенцев (массой 2500-2999 г - 34,8%, 3000-3999 г - 49%, более 4000 г - 2%). Из 14,2% недоношенных новорожденных массой 5000-999 г родились 4% детей, 1000-1499 г - 6,2%, 1500-2499 г - 4%. Из числа недоношенных новорожденных в 3 случаях имели место перинатальные потери.

Заключение. Медико-организационными аспектами беременных с пороками сердца являются низкий индекс здоровья сельских жительниц, недостаточная осведомленность

о состоянии собственного здоровья, ненадлежащий антенатальный уход. Каждая десятая беременная с пороками сердца имеет умеренный/тяжелый и значительный риск материнской смертности. Разработка риск-страти-

фицированного алгоритма ведения женщин с пороками сердца на этапе прегравидарной подготовки и во время беременности позволит обеспечить благоприятный исход для матери и новорожденного.

Нозиров Дж.Х., Олимзода М.Н.

ДИАГНОСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ “Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан”

Цель исследования. Провести параллели между данными официальной статистики и результатами скрининговых исследований на предмет распространённости артериальной гипертензии в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. Использованы данные официальной статистики, предоставленные ГУ “Республиканский центр статистики и медицинской информации” Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ (Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения за 2000-2021 годы), а также результаты скрининговых исследований на распространённость артериальной гипертензии (АГ) среди жителей Таджикистана (5000 чел.: 3315 мужчин, 1685 женщин – при первом и 16 000 чел.: 7193 мужчин и 9307 женщин – при повторном исследовании).

Результаты и их обсуждение. Анализ показал, что при уровне первичной заболеваемости АГ населения республики 193,8 на 100 тыс. населения в 2000 году отмечен медленный и стабильный её рост вплоть до 2019 года, в целом, в 2,7 раза, составив 521,5 на 100 тыс. населения на конец данного отчётного года. Подобная тенденция роста заболеваемости АГ, по сравнению с 2000 годом, наблюдалась во всех регионах республики (в городе Душанбе по 2012 г. – в 10,6 раза, в районах республиканского подчинения (РРП) по 2014 г. – в 2,8 раза, в Согдийской области по 2020 г. – в 4,2 раза, в Хатлонской области по 2016 г. – в 1,9 раза; в Горно-Бадахшанской автономной области

(ГБАО) по 2020 г. – в 3,5 раза).

По последним отчётам (2021 г.), в последние десять лет прослеживается тенденция снижения уровня гипертонии как в целом по республике (в 1,7 раза), так и в отдельно взятых её регионах: в г. Душанбе – в 3,9 раза; в РРП – в 2,1 раза; в Согдийской области – в 1,2 раза; в Хатлонской – 1,8 раза; в ГБАО – 1,3 раза. Тогда как по всему миру идёт рост заболеваемости населения данной патологией, связанный с увеличением продолжительности жизни и, соответственно, увеличением доли лиц с избыточной массой тела из-за ведения малоподвижного образа жизни. Подобная тенденция низкой учётности и, соответственно, отчётности больных гипертонией объясняется: во-первых, нехваткой кадрового потенциала, особенно семейных врачей, в связи с их отъездом за пределы страны, во-вторых, некомпетентностью должностных лиц, осуществляющих контроль за учётом-отчётностью о подобных больных.

Заключение. Полученные в последние годы показатели заболеваемости населения АГ по обращаемости являются заниженными, не соответствуют истинной картине её распространённости в стране, о чём свидетельствуют данные, полученные в ходе скрининговых исследований, осуществлённые как в пределах республики, так и за её пределами, указывающие положительную её динамику. Это требует принятия неотложных мер по их решению как на отраслевом, так и на правительственном уровнях.

Нозиров Дж.Х., Тошматов К.К.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НАСЕЛЕНИЯ СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить динамику первичной заболеваемости сахарным диабетом населения Согдийской области Республики Таджикистан по данным официальной статистики.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили данные, предоставленные ГУ “Республиканский центр статистики и медицинской информации” МЗиСЗН РТ (Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения за 2000-2021 гг.).

Результаты и их обсуждение. Анализ общей и первичной заболеваемости населения Согдийской области сахарным диабетом показал стремительный рост за последние 20 с лишним лет. Это, во-первых, связано с общемировыми тенденциями роста таких предикторов развития данной патологии, как гиподинамия, избыточная масса тела и ожирение, улучшение доступа к пищевым продуктам, в частности к легкоусвояемым углеводам, так и с регионарными особенностями питания (использование высококалорийной диеты с преобладанием жиров животного происхождения).

Результаты анализа показали, что за последние 20 с лишним лет уровни общей и первичной заболеваемости населения диабетом выросли: соответственно в 1,7 и 5 раз, т.е. с 214,8 и 15,1 (на 100 тыс. насел.) 2000 года до 360,0 и 76,1 (на 100 тыс. насел.) в 2021 году. Так, только за 2021 год Согдийская область по показателю общей заболеваемости уступает г. Душанбе (405,6 на 100 тыс. насел.), а по уровню первичной заболеваемости – Хатлонской области (117,9 на 100 тыс. насел.).

Самые высокие показатели первичной (115,3 на 100 тыс. насел.) и общей заболеваемости (418,5 на 100 тыс. насел.) сахарным диабетом в области были зарегистрированы в 2020 и 2015 гг. соответственно.

Неоднозначные показатели были получены при изучении динамики первичной заболеваемости населения диабетом в различных регионах области в период с 2000 по 2021гг. Наряду с его ростом в одних городах (Ходжент – в 1,3 раза, Гулистон – в 1,8 раза; Бустон – в 1,1 раза) и районах (Деваштич – в 1,9 раза, Зафаробад – в 1,1 раза, Матчох – в 2,1 раза, Пенджикент – в 1,9 раза) отмечено её снижение в других: в городах Истиклол, Исфара, Канибадам, Истаравшан - в 2,3; 1,9; 1,4; 5,3 раза соответственно, в Аштском (в 1,1 раза), Айнийском (в 2,9 раза), Спитаменском (в 2,7 раза), Джабор Расуловском (в 1,2 раза), Б. Гафуровском (в 1,7 раза), Шахристанском (в 1,7 раза), Горно-Матчинском (в 2,8 раза) районах. Выявленная отрицательная динамика первичной заболеваемости сахарным диабетом в отдельных городах и районах, отрицательно сказывающаяся в целом на общих областных показателях, при нынешнем бурном росте метаболических риск-факторов, вероятнее всего, связана с погрешностями в регистрации первично обратившихся больных с данной патологией.

Заключение. Таким образом, выявленные тенденции, связанные с ростом заболеваемости населения области сахарным диабетом, погрешностями его учетной отчетности, следует учесть при организации лечебно-профилактических и статистических мероприятий среди данной категории больных.

Норқулов Т., Тоиров М.Г., Эмомов Ҳ.С., Раҷабов Р.А.

ОИДИ СИРРИ ТИББИИ ХУСУСИЯТИ ШАХСӢ

Курси бемориҳои дарунии шӯъбаи МДТ “ДТБКСТ ҶТ” дар ш.Бохтар, вилояти Хатлон
МФТ “Коллеҷи тиббии” иҷтимоӣ дар ш. Леваканд, вилояти Хатлон

Муҳимият. Мутаасифона то ба ҳол, дар баъзе беморхонаҳо, марказҳои саломатӣ ва дигар муассисаҳои тандурустӣ - табибони алоҳида, фелдшерон, ҳамшираҳои тиббӣ ва дигар категорияҳои кормандони тиб, ба нигоҳ доштани сирри тиббии хусусияти шахсӣ дошта диққати ҷиддӣ намедиханд. Онҳо ба дуруст муҳофизат кардани ҳуҷҷатҳои тиббӣ, аз ҷумла картаҳои тиббии беморони бистаришуда, картаҳои амбулатории дармонгоҳӣ ва дигар ҳуҷҷатҳои беморон диққати хоса намедиханд, оиди вазъи саломатии беморон берун аз утоқҳои табибон, дар роҳравҳо ва дигар ҳуҷраҳои, ки беморон ва наздикони онҳо ҳузур доранд сӯҳбатҳои касбӣ гузаронида сабаби ифшо ё мусоидат ба ифшои сирри тиббии беморон ба шахсони беиҷозат мегардонанд. Дар баъзе ҳолатҳо расонида ни маълумоти шифоӣ оиди сирри тиббии бемор ба шахсони бегона ба ҷашм мерасад.

Дар натиҷа ба бемор на танҳо дарди ҷисмонӣ ё нороҳати, осеби раванӣ расонида, балки ўро аз мувозинати муайян берун бароварда, самараи муолиҷаро паст мегардонанд.

Тибқи тадқиқоти гузаронидаи Махник О.П. (2008), ташфишвар аст, ки 38,9 фоизи ташкилотчиёни соҳаи тандурустӣ кадом маълумот сирри тиббиро ташкил медиҳад ва ҳолатҳои ҳуқуқии ошкор кардани он бе розигии бемор, 61,9 фоизи табибон, кадом қонун барои ифшои ғайриқонунии сирри тиббӣ масъулиятро муқаррар менамояд намедонанд, 8,6 фоизи табибон ҳуқуқи бемор ба сирри тиббӣ доштаро аз расонаҳо хабардор шуданд.

Мақсад. Ҷалби диққати табибон, кормандони миёнаи тиб ва роҳбарони муассисаҳои тандурустӣ ба риояи иттилооти сирри тиббии хусусияти шахсӣ дошта ва саҳмгузор дар татбиқи Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 30 майи соли 2017, таҳти №1413.

Муҳокима. Мавҳуми сирри тиббии хусусияти шахсӣ дошта ду намуд маълумотро дар бар мегирад, якӯм – маълумоти ба даст овардаи кормандони тиб аз бемор дар рафти ташхис ва табобат, ки набояд дар ҷомеа ошкор карда шавад ва дуюм - натиҷаи ташхиси бемор, ки набояд онро ба ҳуди бемор гӯянд, масалан натиҷаи ташхиси номусоид ё пешбинии табобатнашавии беморӣ ва ғайра. Иттилооти сирри тиббии хусусияти шахсӣ дошта, на танҳо аз ҷониби табиби табобатӣ, балки дигар кормандони муассисаи тиббӣ низ мувофиқи иҷрои вазифаҳои хизматӣ вобаста мебошад.

Чи тавре маълум аст, ҳанӯз аз замони қабл аз солшумории мо, дар дастури ахлоқии

“Савганди” машҳури яке аз поягузори илми тиб, табиби ҳақими юнонӣ Гиппократ (460-370 сол пеш аз мелод) махфӣ нигоҳ доштани сирри бемор баён шудааст. Али ибни Аббоси Ахвози дар китоби худ “Панднома ё оини пизишкӣ” менависад - “бисёр беморон дарди хешро аз волидайн ва хешу наздикон пинҳон медоранд, аммо на аз табиб ва ў вазифадор аст, ки сирри маризро пинҳон нигоҳ дорад”.

Яке аз талаботҳои асосии пандномаи деонтологияи тиббӣ низ махфуз доштани сирри бемор аст.

Зарурати махфуз мондани сирри тиббии бемор дар қонунгузориҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон дарҷ гардидааст.

Мутобиқи моддаи 23 Конститутсияи Ҷумҳурии Тоҷикистон - дар бораи ҳаёти шахсии инсон бе розигии ў паҳн кардани маълумот манъ аст.

Мутобиқи моддаи 49 Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, - кормандони тиббӣ ва фарматсевтӣ ўҳдадоранд, сирри тиббӣ (иттилоот вобаста ба вазъи саломатӣ, дар бораи ташриф ба муассисаи тандурустӣ) ва дигар маълумоти хусусияти шахсӣ доштаро нигоҳ доранд, масъалаи аз ҳуди бемор пинҳон доштани сирри тиббиро дар ҳолати мушаххас ба манфиати бемор ҳал кунанд, оид ба бемории шаҳрвандон ба мақомоти тандурустӣ хабар диҳанд, агар онро ҳифзи саломатии аҳоли талаб кунад ва маълумотро дар асоси қарори мақомоти тафтишотӣ ё таъиноти суди диҳанд, моддаи 63 Кодекс, дар Савганди табиби Ҷумҳурии Тоҷикистон - сирри табибиро муқаддас нигоҳ дорам ва моддаи 221 Кодекси мазкур - шахсони воқеӣ ва ҳуқуқӣ барои риоя накардани Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон, мутобиқи қонунгузориҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҷавобгарӣ кашида мешаванд.

Хусусияти сирри тиббӣ дар он аст, ки беҳатари он тибқи қонунгузори қафолат дода шуда, бо муқаррар намудани мамнуниятҳои муайян ва масъулияти ҳуқуқӣ барои ифшои он бо таври қонуни таъмин карда мешавад.

Кормандони тиб ҳуқуқ доранд фақат он маълумоти дар рафти ташхис ва табобат ба даст овардари дар ҷомеа ифшо созад, ки агар ба саломатии дигарон хатар дошта бошад (масалан, маълумот оиди бемориҳои сироятӣ ва ғайра), дар ин маврид бояд аз сурати ҳол мақомоти марбутаро огоҳ созад.

Лозим ба таъкид аст, ки мардуми мо чандин садсолаҳо қабл аз аҳди “Авасто” “Аввал андеша в-он гоҳ гуфтор” мегуфтанд, ҳамдигару фарзандонро таъкид мекарданд, ки дар суҳан бо мулоҳиза бошанд. Ин падидаи ши-

фоҳии мардум баъдтар нусхаи хаттии он дар шакли “Пиндори нек, гуфтори нек, кирдори нек” ҳамчун дастурамал китоби муқаддаси “Авесто”-ро оро додааст.

Мутафаккири бузург, муаллими панду ахлоқ Саъдии Шерозӣ мефармояд: Андеша кардан ки чӣ гуям, беҳ аз пушаймонӣ хӯрдан, ки чаро гуфтам.

Хулоса. Махфуз доштани сирри тиббии хусусияти шахсӣ вазифаи ҳуқуқӣ ва маънавии ҳар як корманди муассисаи тандурустӣ

буда, роҳбарони он зарурати нигоҳ доштан ва асосҳои ҳуқуқии қонунии ифшои онро дар хотир дошта, мунтазам ба ҳамаи кормандони тобеи худ расонанд.

Кормандони илмию омӯзгории муассисаҳои олии ва миёнаи касбии тиббию фарматсевтӣ ва таълимии касбии баъдидипломи соҳаи тандурустӣ, мунтазам тарбияи ахлоқӣ ва маънавии донишҷӯён ва шунавандагонро оиди сирри тиббии хусусияти шахсӣ инкишоф диҳанд.

Нурматова З.И.

ВЛИЯНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра сестринского дела ХО ГОУ ИПОвСЗ РТ, г. Худжанд

Цель исследования. Изучить питание и условия в семье, способствующие формированию здорового образа жизни беременной женщины.

Материал и методы исследования. Изучена информированность женщин в семье в вопросах формирования здорового образа жизни во время беременности.

Исследование проводили на базе Центра здоровья №5 в городе Худжанде.

Отбор респондентов проводили во время первичного обращения беременных, при постановке на учет в женскую консультацию с участием акушера-гинеколога, при добровольном информированном согласии.

Проведено исследование уровня осведомленности беременных по формированию навыков здорового образа жизни, пищевого статуса и предпочтений женщин в вопросах питания во время беременности. Для исследования было проведено анкетирование. Большинство (74,0 %) опрошенных беременных женщин считают необходимым соблюдение принципов правильного и полноценного питания. Анализ результатов анкетирования об особенностях пищевого статуса и предпочтений беременных женщин в вопросах питания показывает несколько иную картину.

Результаты и их обсуждение. Анализ дневного рациона питания позволил установить следующее. Мясопродукты употребляют 1 раз в 2 дня 25,4% женщин, кисломолочные и молочные продукты (творог, сыр, кефир) ежедневно присутствовали в

пищевом рационе только 7,4% респондентов, их потребление 3-4 раза в неделю отмечено у 34,7% женщин, 1-2 раза в неделю – у 40,5% и менее 1 раза - у 17,4% беременных.

Овощи ежедневно присутствовали в рационе питания 19% интервьюированных, частота их потребления в неделю составила: 5-6 раз - у 18,2% женщин, 3-4 раза в неделю – у 33,9%, реже 3 раз в неделю – у 28,9%.

На потребление хлеба и хлебных изделий, как преобладающего продукта в питании беременных, указали 12,2 % респондентов.

Из специалистов, которые должны заниматься пропагандой здорового образа жизни, беременные женщины назвали психологов и врачей.

Анализ результатов по вопросу качества и режима питания беременных показал следующее. Нормированный системный режим приема пищи (завтрак, второй завтрак, обед, полдник, ужин) соблюдали только 9,9% беременных, в том числе, 4-разовый прием пищи был у 20,8% респондентов, 3-разовый – у 18,2%, большинство респондентов - 51,1% - принимали пищу 2 раза в день. Нередко нормированный прием пищи респонденты заменяли «перекусом», в 18,1% случаев использовались фрукты, овощи, в 29,8% - бутерброды с колбасой и сыром, в 52,1% - чай с кондитерскими и хлебобулочными изделиями.

Уровень потребления сладкого как «умеренный» оценили 63% респондентов, 20,1% - «низкий» и 16,9% - «высокий». Из сладостей в рационе беременных преобладали шоко-

лад - в 30,2% случаев, конфеты - 24,9%, сахар - 22,2%. Завершают прием пищи твердыми овощами на постоянной основе всего 8,5% опрошенных, 22,8% не следуют этой рекомендации.

Основная доля дневного пищевого рациона приходится на вечерние часы.

Как известно, разнообразный рацион питания должен включать овощи, фрукты, ягоды, цельнозерновые продукты, нежирные молочные продукты. Здоровое питание беременных предусматривает ограничение потребления насыщенных жиров, сахара, поваренной соли, исключив из рациона жареную, рафинированную, консервированную пищу, особенно фастфуды и другие аналогичные продукты, что является особенно важным на фоне осложненного течения беременности (железодефицитной анемии, сердечно-сосудистых заболеваний и др.).

Заключение. Анализ результатов анкетирования позволил сделать вывод о низкой мотивации беременных к здоровому образу жизни: вместо нормированного системного режима питания более половины респон-

дентов - 51,1% - отмечают 2-разовый прием пищи, который нередко заменяется «перекусом», в 52,1% - это чай с кондитерскими и хлебобулочными изделиями; основная доля пищевого рациона потребляется в вечерние часы.

У беременных отмечена несбалансированность рациона питания, превалирует избыточное потребление общих жиров, простых углеводов с малой энергетической ценностью, отмечен недостаток макро- и микроэлементов, в том числе железа и кальция, значительное потребление в пищу хлебобулочных, колбасных изделий и сладостей. Возможно, одной из причин однообразия пищевого рациона является низкая потребительская корзина данного контингента обследуемых.

В заключение следует подчеркнуть, что крепкая здоровая семья – это основа государства. Сохранение полноценной семьи требует больших усилий, большого труда супругов, в том числе по соблюдению здорового образа жизни беременной женщины, без которого никакие государственные меры не дадут желаемого эффекта.

Ортикова М.М., Ахмедов А., Давлятова Д. Дж. Воситзода З.Ф.

ДОРОДОВАЯ ПОМОЩЬ И ИЗУЧЕНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В ГУ «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ №1» В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить репродуктивное здоровье среди беременных и дородовую помощь в 2021-2022 гг. в ГУ «Городской центр здоровья №1» г. Душанбе Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. В научной работе изучалась отчетно-учетная документация, предоставленная 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 ГУ ГЗЦ №1 состоит из 8 семейных отделений, лаборатории, отделения функ-

циональной диагностики, Репродуктивного центра. Всего семейных врачей в ГУ ГЦЗ №1 города Душанбе 70 человек. Из них 57 (81,4%) - 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 категории - 7 (10%). В отделении функциональной диагностики ГУ ГЦЗ №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 категории - 8 (11,8). Всего ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе в отделении репродуктивного

здоровья работают 22 акушера-гинеколога, все лица женского пола. Из общего числа акушеров-гинекологов 2 (9,0%) отличника здравоохранения, 11 (50%) - высшей категории, первой категории - 5 (22,7%), второй категории - 1 (4,6%), без категории - 5 (22,7%).

Всего обслуживаемого населения в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе на 1 января 2021 г. - 171521 человек, из них лиц мужского пола - 85730 (49,9), лиц женского пола - 85791 (50,1%), число женщин репродуктивного возраста составило 41106 (23,9%). Общее число обслуживаемого населения на 1 января 2022 г. - 178405 человек, из них лиц мужского пола - 88671 (49,7), лиц женского пола - 89734 (50,3%), число женщин репродуктивного возраста составило 45102 (25,2%).

Охрана здоровья матери и ребенка, репродуктивного здоровья женщин является приоритетным направлением политики Правительства Республики Таджикистан. При исследовании репродуктивного здоровья среди беременных и дородовая помощь в 2021 – 2022 гг. в ГУ «Городской центр здоровья №1» г. Душанбе Республики Таджикистан установлено, что всего за 2021 г. взято на диспансерный учет по поводу беременности 2493 женщин, из них до 12 недель беременности - 2461 (98,7%), после 22 недель беременности - 32 (1,3%), из них женщин из группы риска - 259 (10,3%), женщин высокой группы риска - 18 (0,7%), с беременностью от близкородственного брака - 31 (1,3%) женщина. За 2022 г. взято на диспансерный учет по поводу беременности 3604 женщины, из них до 12 недель беременности - 3552 (98,5%), после 22 недель беременности - 52 (1,45%), из них 375 (10,4%) женщин из группы риска, женщин высокой группы риска - 22 (0,6%), с беременностью от близкородственного брака - 84 (2,3%) женщины.

Изучена деятельность семейного врача по ведению дородовой помощи при физиологической беременности. В 2021 году 899 (36%) беременных наблюдались у семейного врача, 1594 (64,0%) беременных - у врача акушера-гинеколога. За весь период беременности 8 визитов нанесли 1495 (60%) беременным. В 2022 году дородовую помощь оказывал семейный врач 1117 (31%) пациенткам, врач акушер-гинеколог - 2487 (69%). За весь период беременности посетили 8 раз в ГУ «Городской центр здоровья №1» г. Душанбе - 2162 (60%). С целью комплексной поддержки здоровья женщин репродуктивного возраста в период беременности для профилактики заболеваний нервной системы у плода (*spina bifida*) среди беременных до 12 недель беременности

в 2021 назначена фолиевая кислота - 2493 (100%), сульфат железа - 2043 (82%), таблетки йода - 2493 (100%), таблетки кальция - 773 (31%), приём аспирина по показаниям - 172 (6,9%); в 2022 году беременным до 12 недель прием фолиевой кислоты - 3604 (100%), сульфата железа - 2927 (81,2%), таблеток йода - 3604 (100%), таблеток кальция - 1153 (32%), приём аспирина по показаниям - 252 (7,0%).

Беременным женщинам проведена ультразвуковая диагностика в сроке 18 - 20 недель беременности в 2021 году 2368 (95,0) беременным, в 2022 году - 3423 (95%). Консультация генетика для пренатального скрининга в 2021 году проводилась среди 479 (19,2%) беременных, в 2021 году - 497 (13,8%). Лабораторная диагностика: реакция Вассермана I в 2021 году проводилась среди 2493 (100%) беременных, взятых на учет, в 2022 г. - 3604 (100%). Лабораторная диагностика реакция Вассермана II в 2021 году проводилась среди 2156 (86,5%), в 2022 г. - 3135 (86,9%). Кровь на ВИЧ/СПИД I в 2021 году взята у 2493 (100%) беременных, в 2022 году - у 3604 (100%), кровь на ВИЧ/СПИД II в 2021 году - у 2156 (86,5%) беременных, в 2022 году - у 3135 (86,9%). Положительной реакции на ВИЧ/ СПИД среди 109 исследованных в 2021 году не зарегистрировано, в 2022 году зарегистрировано 4 (0,1%) положительных случая.

Всего родов в 2021 году зарегистрировано 3054 (98,0%), из них: роды в срок - 2971 (97,3%), преждевременные роды в сроке 28 - 36 недель беременности - 65 (2,1%), переношенные - 18 (0,6%). В 2022 году всего родов - 3708 (98,4%), из них роды в срок - 3647 (98,4%), преждевременные роды в сроке 28 - 36 недель беременности - 48 (1,3%), переношенные - 13 (0,3%).

При распределении по возрасту установлено, что беременность до 18 лет не зарегистрирована в 2021 – 2022 годах, в 2021 году с 18 до 19 лет зарегистрировано 61 (2,0%), с 20 лет до 24 лет - 1093 (35,8%), с 25 лет до 29 лет - 1038 (34,0%), с 30 лет до 34 лет - 733 (24,0%), с 35 лет до 39 лет - 92 (3,0%), с 40 лет до 44 лет - 37 (7,2%), с 45 лет до 49 лет не зарегистрировано. Из общего числа родов первородящие составили 856 (28,0%), повторнородящие - 2198 (72,0%). Интервал между родами до 2-х лет имелся у 94 (4,3%), от 2-х лет до 3-х лет - у 1107 (50,4%), свыше 3-х лет - у 997 (45,3%). Паритет 1 – 2 ребенка в семье - 1649 (54,0), 3 ребенка - 1132 (37,1%), 4 ребенка - 203 (6,6%), более 5 детей 70 (2,3%). В 2022 году в возрасте с 18 лет до 19 лет зарегистрировано 16 (0,4%) родов, с 20 лет до 24 лет - 1262 (34,0%), с 25 лет до 29 лет - 1271 (34,3), с 30 лет до 34 лет - 1098 (29,6), с 35 лет до 39 лет 59 (1,6%), с 40 лет до 44 лет 2

(0,06%), с 45 лет до 49 лет не зарегистрировано. Первородящие в 2022 году составили 986 (27,0%), повторнородящие - 2722 (73,0%), интервал между родами до 2-х лет имелся у 118 (4,3%), от 2 х лет до 3-х лет – у 1456 (53,5%), свыше 3-х лет – у 1148 (42,2%). Паритет в 2022 году 1 – 2 ребенка в семье - 1885 (50,8%), 3 ребенка - 982 (26,5%), 4 ребенка - 652 (17,8%), более 5 детей 189 (5,1%).

Исследования показали, что за период 2021 - 2022 годы в ГУ «Городской центр здоровья №1» г. Душанбе Республики Таджикистан женщины репродуктивного возраста берутся на учет по поводу беременности до 12 недель беременности в 2021 году 98,7%, в 2022 году - 98,5%, из общего числа беременных в 2021 году 899 (36,0) и в 2022 году 1117 (31,0%) состоят на дородовом наблюдении при физиологической беременности у семейного врача, в 2021 году 8 визитов у 1495 (60%) беременных, в 2022 году - 2162 (60%). Комплексная поддержка здоровья женщин репродуктивного возраста в периоде беременности для профилактики заболеваний нервной системы у плода (spina bifida) приемом фолиевой кислоты, таблетками кальция в 2021 году и 2022 году составила 100%, приём профилактической дозы сульфата железа во время беременности в 2021 году - 2043 (82,0%), в 2022 году - 2927 (81,2%), прием кальция в 2021 составил 773 (31,0%), в 2022 году 1153 (32,0%). Дополнительные методы исследования: лабораторная диагностика реакция Вассермана I и кровь на ВИЧ/СПИД I в 2021

году и 2022 году составила 100%, реакция Вассермана II в 2021 году - 2156 (86,5%), в 2022 году - 3135 (86,9%), кровь на ВИЧ/СПИД II в 2021 году - 2156 (86,5%), в 2022 году – 3135 (86,9%). Беременность закончилась родами 2021 году 3053 (98,0%), в срок - 2971 (97,3%), в 2022 году беременность закончилась родами - 3708 (98,4%), роды в срок - 3647 (98,4%). При исследовании установлено, что в 2021 году чаще беременность регистрируется в возрасте от 20 лет до 24 лет - 1093 (35,8%), меньше регистрируется в возрасте 40 – 44 лет - 37 (7,2%), интервал между родами больше регистрируется в возрасте от 2 до 3 х лет - 1107 (50,4%), паритет в семье 1 – 2 ребенка в семье 1649 (54,0%) в 2022 году беременность чаще регистрируется в возрасте от 25 лет до 29 лет - 1271 (34,3%), меньше регистрируется в возрасте 40 – 44 лет - 2 (0,06%), интервал между родами больше регистрируется в возрасте от 2 до 3-х лет - 1456 (53,5%), паритет в семье 1 – 2 ребенка в семье -1885 (50,8%).

Заключение. Репродуктивное здоровье является важной частью работы семейного врача и занимает центральное место в его повседневной деятельности. Практика показывает, что при проведении профилактических мер, планирование семьи и подготовки женщин репродуктивного возраста к желаемой беременности имеет особый клинический подход. Это в свою очередь требует особого просвещения женщин репродуктивного возраста в области репродуктивного здоровья.

Ортикова М.М., Гуломова М.О., Давлятова Д.Дж., Исмоилова Т.М.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ЭКСТРАГЕНИТЕЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ГУ «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ №1» Г. ДУШАНБЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить распространённость, структуру и провести сравнительную характеристику экстрагенитальной патологии (ЭП) среди беременных в 2021-2022 гг. в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. В научной работе изучалась отчётно-учётная документация, предоставленная ГУ «Респу-

бликанский Центр статистики и медицинской информации» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и ГУ «Государственная служба медико-социальной экспертизы».

Результаты и их обсуждение. Совершенствование охраны материнства и детства является приоритетным направлением современной

медицины. В связи с этим сохраняется важность изучения ЭП женщины на течение беременности и родов, развитие плода.

В 2021 – 2022 гг. в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе РТ установлено, что всего за 2021 г. взято на диспансерный учет по поводу беременности 2493 женщин, из них до 12 недель беременности - 2461 (98,7%), после 22 недель беременности - 32 (1,3%); за 2022 г. взято на диспансерный учет по поводу беременности 3604 женщин, из них до 12 недель беременности - 3552 (98,5%), после 22 недель беременности - 52 (1,45%).

Изучена деятельность семейного врача по ведению дородовой помощи при физиологической беременности в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе РТ. В 2021 году 899 (36,%) беременных введет дородовую помощь семейный врач, 1594 беременных (64,0%) - врач акушер-гинеколог; в 2022 году количество беременных, которым дородовую помощь оказывает семейный врач, составило 117 (31%), врач акушер-гинеколог - 2487 (69%).

Проведена сравнительная характеристика частоты экстрагенитальной патологии среди беременных женщин в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе. За 2021 год всего зарегистрировано ЭП 487 (19,5%) случаев, в 2022 году - 1067 (29,6%). Структура ЭГ патологии в 2021 году: анемия - 253 (51,7%), из них: анемия I степени - 251 (51,3%), II степени - 2 (0,4%), III степени - не зарегистрирована. В 2022 году всего зарегистрировано с анемией 488 (45,7%) беременных, из них: с анемией I степени - 364 (34,1%), II степени - 110 (10,3%), III степени - 14 (1,3%). В 2021 году заболевания ССС всего имели 27 (5,5%) беременных, из них АГ - 5 (1,0%), врожденный порок сердца - 1 (0,2%), варикозная болезнь - 21 (4,3%). В 2022 году заболеваний ССС выявлено всего у 82 (7,6%) беременных, из них АГ - 6 (0,6%), врожденный порок сердца - 1 (0,10%), варикозная болезнь - 75 (7,3%). В 2021 году с ИМП всего было 99 (20,3%), из них с хроническим пиелонефритом - 97 (19,9%), единственная почка - 2 (0,4%). В 2022 году с ИМП всего 182 (17,1%), из них: с хроническим пиелонефритом - 165 (15,5%), мочекаменной болезнью - 13 (1,2%), единственной почкой - 2 (0,4%).

В 2021 году с заболеваниями дыхательной системы было всего 5 (1,0%) беременных, из них с ОРЗ - 5 (1,0%). В 2022 году с заболеваниями дыхательной системы всего была 1 (0,02%) беременная с хроническим бронхитом. В 2021 году с заболеванием ЖКТ всего 5 (1,0%), в 2022 году всего 14 (1,3%). В 2021 году с инфекционными заболеваниями всего 5 (1,0%): с гепатитом В (HBSAg) - 5 случаев (1,0%), с ВИЧ/СПИД - 2 (0,4%). В 2022 году всего 27 (2,5%), носительниц маркера (HBS HBSAg) - 12 (1,13%), с гепатитом С (HCV HBSAg) - 3 (0,29%), с ВИЧ/СПИД - 12 (1,13%). В 2021 году с эндокринными заболеваниями выявлено всего - 78 (16%) человек: с ожирением - 21 (4,3%), с недостаточностью массы тела - 18 (3,7%), с эндемическим зобом - 39 (8,0%). В 2022 году с эндокринными заболеваниями всего выявлено 158 (14,8%), с ожирением - 68 (6,4%), с недостаточностью массы тела - 36 (3,4%), с эндемическим зобом - 53 (5,0%), сахарным диабетом II типа - 1 (0,10%). В 2021 году с заболеванием глаза (миопия) всего - 11 (2,2%), в 2022 году - 86 (8,1%). В 2021 году с эпилепсией была 1 (0,2%) беременная, в 2022 году не зарегистрировано случаев этой болезни. В 2021 году болезнью крови зарегистрирован 1 (0,2%) случай тромбоцитопенической пурпуры, в 2022 году всего - 2 (0,19%) той же патологии.

Заключение. В структуре ЭП среди беременных в 2021 году преобладает анемия - 253 (51,7%), ИМП - 99 (20,8%), заболевания эндокринной системы - 78 (16,0%), чаще эндемический зоб - 39 (8,0%), ожирение - 21 (4,3%). В 2022 году на первом месте анемия - 488 (45,7%), ИМП - 182 (17,1%) заболевания эндокринной системы - 158 (14,8%), ожирения - 68 (6,4%), эндемический зоб - 53 (5,0%).

Полученные данные свидетельствуют о необходимости дифференцированного лечебно-диагностического подхода к ведению беременности, а также о разработке и внедрении комплексных программ, направленных на формирование репродуктивного здоровья.

Ортикова М.М., Давлятова Д.Дж.

ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ГУ «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ №1» Г. ДУШАНБЕ

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить структуру и заболеваемость пациентов с туберкулезом в 2022 г. в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Изучалась отчётно-учётная документация, предоставленная ГУ «Республиканский Центр статистики и медицинской информации» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и ГУ «Государственная служба медико – социальной экспертизы», ГУ «Республиканский центр защиты населения от туберкулеза» г. Душанбе.

Результаты и их обсуждение. Около одной четверти населения мира инфицированы туберкулезом. Вероятность того, что люди, инфицированные туберкулезными бактериями, заболеют туберкулезом на протяжении своей жизни, составляет 5-15%. В год больной с активной формой туберкулеза может инфицировать 5-15 человек, с которыми он имеет тесные контакты. Общее число обслуживаемого населения в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе на 1 января 2022 г. составило 178405 человек, из них лиц мужского пола - 88671 (49,7%), лиц женского пола - 89734 (50,3%), детей до 14 лет - 55457 (31,1%), с 15-17 лет - 8384 (4,7%), с 18-19 – 5876 (3,3%), 20 – лет и более - 108688 (60,9%).

Всего в 2022 году в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе с туберкулезом выявлено 64 (0,03%) пациента, из них впервые выявленные пациенты с легочной формой - 61 (95,3%). При распределении по возрасту: дети до 15 лет – 6 (9,8%), 15-17 лет - 1 (1,6%), 18-19 лет – 2 (3,2%), 20 лет и более - 52 (85,2%). Внелегочная форма туберкулеза всего в 2022 году составила 3 (4,6%) случая, все в возрастной категории 20 лет и более – 3 (100%). При распределении по полу: среди лиц мужского пола было 26 (40,6%), среди лиц женского пола – 38 (59,4%). По занятости населения: среди работающих – 4 (6,25%), среди безработных – 15 (23,4%), среди детей дошкольного возраста – 2 (3,1%), среди школьников – 3 (4,6%), среди пенсионеров – 3 (4,6%), среди домохозяек – 21 (32,8%), среди мигрантов – 9 (14,0%), среди студентов – 4 (6,25%), среди ВИЧ/СПИД – 1 (1,56%), среди страдающих гепатитом С – 1 (1,56%). Из

общего число выявленных устойчивых форм туберкулеза – 14 (21,8%).

На диспансерном учете состоит 365 пациентов с сахарным диабетом, среди них выявлено в 2022 году новых 8 случаев туберкулеза легких – 8 (12,5%): среди лиц с хроническими заболеваниями легких (653 человека) – 7 (10,9%); среди лиц, употребляющих наркотические вещества (42 человека), - 2 (3,1%); среди лиц, страдающих алкоголизмом (52 человека), – 3 (4,6%); среди лиц, возвратившихся из мест заключения (24 человека), – 1 (1,5%), среди лиц с инвалидностью (1398 человек) – 8 (12,5%).

Проведен осмотр семейным врачом среди контактных лиц по туберкулезу - 448 (100%), прошли флюорографию – 448 (100%), выявлено 4 (0,8%) случая туберкулеза. Из общего числа зарегистрированных 64 случаев (0,03%) с БК (+) выделением – 10 (15,6%). Проведена флюорография в группах риска - 7974 (82,1%), среди них выявлено 33 (0,41%) новых случая туберкулеза. Из общего количества выявленных случаев туберкулеза 64 (0,03%), госпитализированы 26 (40,6%) пациентов, 38 пациентов (59,4%) получили лечение в ДОТС кабинете при ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе.

Заключение. Всего в 2022 году в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе выявлено больных с туберкулезом 64 (0,03%) человека, больше среди лиц в возрасте 20 лет и более - 52 (85,2%), среди лиц женского пола – 38 (59,4%). По занятости населения больше среди домохозяек – 21 (32,8%). При изучении распространённости туберкулеза среди больных с хроническими неинфекционными заболеваниями в 2022 году заболевание больше регистрируется среди лиц, состоящих на учете по поводу сахарного диабета, – 365 (0,20%) человек, среди них выявлен туберкулез легких у 8 (12,5%).

Проблема туберкулеза является предметом пристального внимания и в течение многих лет продолжает быть актуальной в практике семейного врача. Выполнение профилактических мероприятий семейным врачом дает возможность добиться успеха в выявлении, обследовании контактных лиц, своевременной диагностики туберкулеза.

Ортикова М.М., Давлятова Д.Дж., Валиева З.Н.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭНДОКРИННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить структуру и диспансеризацию пациентов с эндокринной патологией в практике семейного врача в 2022 г. в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. В научной работе изучалась отчётно-учётная документация 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. Эндокринные заболевания системно воздействуют на организм. Если проблема уже выявлена, то очень важно компенсировать состояние и предотвратить возможные осложнения. Общее число обслуживаемого населения на 1 января 2022 г. - 178405 человек, из них лиц мужского пола - 88671 (49,7%), лиц женского пола - 89734 (50,3%), детей до 14 лет - 55457 (31,1%), с 15 - 17 лет - 8384 (4,7%), с 18 - 19 - 5876 (3,3%), 20 - лет и более - 108688 (60,9%). Всего выявлено и взято на диспансерный учет по поводу эндокринной патологии в 2022 году 3340 пациентов (1,88%), из них лица мужского пола - 734 (22,0%), лица женского пола - 2606 (78%). Всего с эндемическим зобом - 2577 (77,2%); среди лиц мужского пола - 455 (17,7%), лиц женского пола - 2122 (82,3%); из них детей до 14 лет - 216 (88,9%), мальчиков - 81 (37,5%), девочек - 135 (62,5%). С 15 до 17 лет - 275 (86,7%), мальчиков - 72 (26,2%), девочек - 203 (73,3%); с 18 до 19 лет - 300 (88,0%), юноши - 78 (26,0%), девушки - 222 (74,0%); от 20 лет и более - 1786 (73,4%), мужчины - 224 (12,5%), женщины - 1562 (87,5%).

Взято на учет с тиреотоксикозом 25 (1,0%) человек: от 20 лет и более - 25 (1,0%), среди лиц мужского пола патологии не зарегистрировано, среди лиц женского пола - 25 (100%); с узловым зобом всего в 2022 году зарегистрировано 39 (1,2%): мужчин - 7 (17,9%), женщин - 32 (82,1%). От 20 лет

и более - 39 (1,2%), мужчин - 7 (17,9%), женщин - 32 (82,1%). Тиреоидитов всего зарегистрировано 28 (0,84%): мужчин - 9 (32,1%), женщин - 19 (67,9%); 15 - 17 лет - 4 (1,3%), по 2 (50%) мальчиков и девочек; 18 - 19 лет - 7 (2,1%), мужчин - 1 (14,3%), женщин - 6 (85,7%), от 20 лет и более - 17 (0,7%), мужчин - 6 (35,3%), женщин - 11 (64,7%). Всего взято на учет по поводу сахарного диабета в 2022 году 365 (10,9%) лиц: мужчин - 149 (40,0%), женщин - 216 (60%). Из них детей до 14 лет - 4 (100,0%), все мальчики; 15 - 17 лет - 1 (100,0%) мальчик; от 20 лет и более - 144 (40,0%), из них женщин - 216 (60,0%). Сахарный диабет I-го типа - всего 4 (1,6%) мальчика до 14 лет, 15 - 17 лет - 1 (100%). Сахарный диабет II-го типа - 360 (14,9%), мужчин - 144 (40,0%), женщин - 216 (60,0%); от 20 лет и более - 360 (14,9%), мужчин - 144 (40,0%), женщин - 216 (60,0%). Всего за 2022 год зарегистрировано с ожирением 222 (6,6%) человека: мужчин - 91 (41,0%), женщин - 131 (59,1%); из них дети до 14 лет - 15 (6,2%), мальчиков - 8 (53,3%), девочек - 7 (46,7%). От 15 до 17 лет - 18 (5,7%), мальчиков - 9 (50,0%), девочек - 9 (50,0%); от 18 до 19 лет - 17 (5,0%), мальчиков - 8 (47,1%), девочек - 9 (52,9%). Среди лиц 20 лет и более - 172 (7,1%) человека: мужчин - 66 (38,4%), женщин - 106 (61,6%). Женщин с мастопатией всего было 45 (1,4%): 15 - 17 лет - 8 (17,8%), 18 - 19 лет - 13 (29,8%), от 20 лет и более - 24 (53,0%). С гинекомастией выявлено всего 22 (0,7%) мужчины, среди них детей до 14 лет - 8 (36,3%), 15 - 17 лет - 11 (50,0%), 18 - 19 лет - 3 (0,9%).

Заключение. В настоящее время прослеживается тенденция роста числа ведущих заболеваний эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ, которые затрагивают как взрослое, так и детское население. В первую очередь, это связано с улучшенной диагностикой, позволяющей предотвращать их развитие с помощью профилактических мероприятий, а также своевременно оказывать нужное лечение.

Самадова Г.А., Шарипова Ш.Т.

ИЗУЧЕНИЕ ВОПРОСА ЗДОРОВОГО ПИТАНИЯ ПОДРОСТКОВ

Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить вопросы питания подростков.

Материал и методы исследования. Сотрудники кафедры разработали вопросник (возраст, рост, масса тела, объем талии, частота употребления фаст-фуда и газированных напитков, наличие избыточной массы тела у родителей), который заполнялся семейной медсестрой при дворовом обходе. Проанализированы ответы вопросника и изучены 209 амбулаторных карт подростков.

Результаты и их обсуждение. Согласно классификации ВОЗ, подростки - это люди в возрасте от 10 до 19 лет. С точки зрения международных экспертов, «подросток уже не ребенок, но еще и не взрослый», что предъявляет специфические требования к системе охраны здоровья этой категории населения. По статистике, около 30% хронических заболеваний учащихся/подростков напрямую связаны с неправильным, неудовлетворительным питанием. Хот-доги, чипсы, гамбургеры, которые запиваются газированными напитками, являются основным рационом питания подростков. Несмотря на то, что целая армия специалистов семейной медицины ведут пропаганду здорового образа жизни и, в первую очередь, здорового питания, они сталкиваются с безграмотностью как подростков, так и их родителей в вопросах питания. За последнее время число подростков с избыточной массой тела растет и становится проблемой по здоровью.

Опрошено 209 подростков в возрасте 14-17 лет (мальчиков - 124, девочек - 85), проживающих на территории Городского центра здоровья №2. Опрос установил, что 199 (95,2%) подростков употребляют фаст-фуд каждый день по 3-4 раза. Любят и пьют каждый день различные газированные напитки 177 (84,6%) подростков. Только 32 (15,4%) подростка практически всегда пьют бутылочную воду. На вопрос: «Имеют ли родители избыточную массу тела?» 110 (52,6%) подростков ответили положительно. Интересно, что некоторые подростки четко ответили, у кого из родителей имеется избыточная масса тела (36 - мам, 18 - пап, 5 - оба родителя). Подсчет индекса Кетли у подростков показал, что у 27 (12,9%) он снижен, у 25 (11,9%) повышен, в пределах нормальных цифр у большинства - 157 (75,2%). Несмотря на то, что индекс массы тела у большинства подростков находился в пределах нормы, сравнительный анализ их роста с должными показателями по ВОЗу (должный рост согласно возрасту) установил, что у большинства мальчиков и девочек рост ниже нормы.

Заключение. Правильное питание является одним из главных факторов полноценного развития ребенка. Для полноценного развития подростка в соответствии с половозрастной нормой необходимо знание и заинтересованность родителей в этом вопросе.

Самадова Г.А., Шарипова Ш.Т., Дадабаева Б.С.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДСЕСТРЫ

Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Установить степень выполнения женщиной (беременной и родившей) рекомендаций по профилактике йоддефицитных состояний.

Материал и методы исследования. Сотрудники кафедры разработали анкету для установления степени осведомленности беременных и родивших женщин по использованию и хранению йодированной соли.

Такие показатели, как назначение йодид калия, соблюдение женщинами режима и длительности приема препарата, наличие

эндемического зоба уточнялись из амбулаторных карт (Ф-029).

Результаты и их обсуждение. Таджикистан считается эндемической зоной по ряду элементов, например по дефициту йода в воде, почве, воздухе. Природный дефицит данного элемента является причиной возникновения эндемического зоба с возможностью развитием заболеваний щитовидной железы.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, около 2 млн. людей земного шара имеют дефицит йода в организме. Ряд исследований указывает, что в эндемических

зонах у 92,3% жителей диагностируется эндемический зоб. Изучение данного вопроса сотрудниками медицинского университета Таджикистана установило, что содержания йода в моче у беременных женщин (БЖ) на протяжении беременности снижается и дефицит йода в их организме нарастает к концу беременности (81,9%). Для решения данной проблемы Министерством страны проводится ряд профилактических мероприятий - продажа йодированной соли (ИС), обучение через семейных специалистов центров здоровья населения покупке и хранению ИС, обязательный прием медикаментозных препаратов, содержащих йод, населением, входящих в группу риска.

Во время активного патронажа и опроса 208 семей, где проживают 70 беременных женщин и 138 рожениц, установлено, что семьями используются ИС, производителем которой является Таджикистан. Исключение составили 6 семей, использующие ИС Российского производства. Осведомленность о необходимости всегда использовать ИС была 100%. Большинство женщины хранят ИС в пластмассовых контейнерах - 60,6%, другие - в стеклянной посуде - 33,6% с крышкой. 2,9% семей пользовались стандартными производственными объемами. Шесть семей (2,9%) держат ИС в «сатиле» без крышки. Практически все семьи не соблюдают полностью принципы хранения ИС: например, не соответствуют требованиям по цвету, подвергаются прямым солнечным лучам. Попытка узнать о наличии йода в используемой соли народным методом, который оказался трудоемким, оказалась неудачной, а полученные результаты чаще всего были неточными. На вопрос «имеются ли в семье

больные с заболеванием щитовидной железы» женщины ответить не смогли, не знали.

В документе «Национальные стандарты антенатального ухода беременных женщин» (2018) рекомендовано назначать йодид калия по 200 мг беременным женщинам на весь период беременности. Результаты проверки записей в Форме-029 показали, что врачами назначается данный препарат, однако опрос женщин установил, что 29 (13,9%) из них вообще его не принимали. Только 9 (6,5%) женщин из числа родивших выполнили рекомендации врачей и принимали препарат все 9 месяцев. Остальные 43 (31,2%) женщины принимали 6 месяцев, 52 (37,6%) - только 3 месяца. При изучении карт беременных женщин обращало на себя внимание, что у 66 (36,2%) женщин от числа имеющих запись в карте диагностировано увеличение щитовидной железы. У основного количества - 116 (63,7%) - женщин щитовидная железа была в норме. Отсутствовала запись в карте у 26 (12,5%) беременных женщин. Опрос 138 родивших женщин показал, что дети родились в срок, доношенными, со стороны их здоровья патологии не выявлено.

Заключение. Несмотря на высокую осведомленность женщин о необходимости использования йодированной соли, приема лекарственных средств во время беременности, приверженность оказалась низкой.

Полученные результаты опроса, особенно тех беременных и родивших женщин, кто игнорируют рекомендации специалистов семейной медицины (2,9%), неправильно хранят ИС, 13,9% женщин не принимали йодид калия на протяжении всей беременности требуют улучшения скрининга как на участке, так и в центрах здоровья.

Сафарова З.Р.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить факторы, влияющие на перинатальные исходы у женщин после процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО).

Материал и методы исследования. Исследования проведены на базе ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии»

МЗиСЗН РТ, Городского родильного дома №1 г. Душанбе

Объектами исследования служили женщины после процедуры ЭКО и их новорожденные.

Проведено ретроспективное исследование 81 истории родов и 102 карт новорожденных (2014 - 2023 годы). Для быстрой оценки младенцев использовали шкалу Апгар по показателям частоты сердечных сокращений, дыхания, цвета кожных покровов, мышечного тонуса, рефлексов, которую проводили после первой и пятой минут после рождения. Оценка новорожденному выставлялась по каждому показателю от 0 до 2-х баллов (суммарно - 10 баллов). Оценка тяжести состояния новорожденного, равная 7 баллам, указывала на легкую степень асфиксии, 6-4 - среднюю тяжесть и 3-1- соответствовала тяжелой степени асфиксии. Росто-весовые показатели новорожденных оценивались соответственно критериям ВОЗ.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин, перенесших ЭКО, составил $31,1 \pm 1,0$ лет, при этом $28,0 \pm 1,1$ лет - с первичным бесплодием и $34,4 \pm 1,0$ года - с вторичным. Из общего числа женщин, перенесших ЭКО, пациенток с одноплодной беременностью было 62/76,5%, многоплодной - 19/23,4%. В 80,2% случаев роды произошли своевременно, в 19,4% - преждевременно. Следует отметить, что срочных родов в группе женщин с многоплодной беременностью было в 2,4 раза меньше, по сравнению с пациентками с одноплодной беременностью (37,0% и 88,7% соответственно) ($p < 0,05$).

Операция кесарево сечение произведена в 82,7% случаев, роды через естественные родовые пути произошли в 17,2%.

Доношенных детей было в три раза больше, по сравнению с недоношенными (72,5 и 27,4% соответственно) ($p < 0,05$).

Более $\frac{1}{3}$ новорожденных (32,3%) родились с массой тела менее 2500 г. Так, с экстремально низкой массой тела (500-999 г) родились 2% новорожденных; с очень низкой массой тела (1000-1499 г) - 5%; с низкой массой (1500-1999 г) - 15,6%. Каждый десятый ребенок (9,8%) родился с массой тела 2000-2499 г, каждый пятый (20,5%) - массой 2500-2999 г, 43,1% имели массу 3000-3999 г, 3,9% - более 4000 г.

В удовлетворительном состоянии родилось 41,1% детей. Почти половина новорожденных (48,0%) родились в состоянии асфиксии средней тяжести и каждый десятый (10,7%) - в состоянии асфиксии тяжелой степени. Ранняя неонатальная смертность диагностирована в 17,8% случаев среди недо-

ношенных новорожденных, один из которых с врожденным пороком развития плода.

Из медицинской документации установлено, что анемией страдали 57/70,3% женщин, заболевания мочевыделительной системы имели 35/43,2%, ожирением страдали 17/21,0%.

Течение гестационного процесса у женщин после процедуры ЭКО осложнилось дородовым разрывом плодных оболочек в 37/45,6% случаев, причем не установлено статистических различий между группами (9/47,3 и 28/45,1% соответственно) ($p > 0,05$). Среди женщин изучаемых групп преэклампсия имела место в 23/28,3%, при этом при многоплодной беременности в 2 раза чаще, по сравнению с одноплодной (8/42,1 и 15/24,1% соответственно) ($p < 0,05$). Нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока диагностировано у каждой четвертой беременной (21/25,9%): при многоплодной беременности в 1,4 раза чаще, по сравнению с многоплодной (7/36,8 и 14/22,5% соответственно) ($p < 0,05$). Синдром задержки развития плода установлен в 18/22,2% случаев, при этом в группе беременных с многоплодной беременностью в 2,6 раза чаще, по сравнению с беременными с одноплодной беременностью (8/42,1 и 10/16,1% соответственно) ($p < 0,05$). Угроза прерывания беременности у женщин, перенесших ЭКО, имела место в 10/12,3% случаев, при этом среди женщин с многоплодной беременностью в 2,5 раза чаще, по сравнению с одноплодной (7/36,8 и 9/14,5% соответственно) ($p < 0,05$). Следует отметить, что многоводие осложнило гестационный процесс в 15/31,4% случаев, при этом при одноплодной беременности в 2 раза чаще (13/20,9%), по сравнению с многоплодной (2/10,5%) ($p < 0,05$); маловодие имело место в 10/16,1% случаев только в группе с одноплодной беременностью. К сожалению, у одной пациентки у одного плода из двойни установлен врожденный порок развития центральной нервной системы (1/5,2%).

Большинство новорожденных выписаны домой под наблюдение участкового врача в удовлетворительном состоянии (73/98,6% доношенных и 15/14,0% - недоношенных), переведены на второй этап выхаживания - 9/8,8% младенцев.

Заключение. Ведущими факторами, влияющими на перинатальные исходы у женщин, перенесших процедуру ЭКО, являются соматические заболевания матери, гестационные осложнения, преждевременные роды. Индивидуальный подход дородового наблюдения у данной категории пациенток позволит улучшить качество медицинских услуг и обеспечить благоприятные перинатальные исходы.

Темурова Б.У., Каримова Ш.Ш.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ COVID-19 В ЛАБОРАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра клинической и биохимической лаборатории Согдийской области при ОКБ

Цель исследования. Изучение методов исследования и определения Covid-19 в лабораторных условиях.

Материал и методы исследования. В ходе исследования были рассмотрены различные подходы и техники, применяемые для диагностики и выявления наличия вируса SARS-CoV-2, вызывающего заболевание Covid-19.

Были рассмотрены основные методы, такие как ПЦР-тестирование, методы секвенирования генома, иммунохимические методы и другие.

Были изучены и сравнены следующие методы.

1. Полимеразная цепная реакция (ПЦР): ПЦР-тестирование является широко используемым методом для определения SARS-CoV-2. Этот метод позволяет усиливать и обнаруживать наличие вирусной РНК в образцах пациентов.

2. Методы секвенирования генома: секвенирование генома вируса SARS-CoV-2 позволяет определить его генетическую структуру. Этот метод помогает в идентификации и классификации различных штаммов вируса, а также отслеживать мутации.

3. Иммунохимические методы: эти методы основаны на обнаружении антител или антигенов, связанных с вирусом, с использованием иммунохимических реакций. Тесты, основанные на иммунохимических методах, могут обнаруживать наличие антител или антигенов, указывающих на инфекцию Covid-19.

4. Быстрые тесты на антигены: эти тесты позволяют быстро определить наличие вирусных антигенов в образце пациента. Они обычно используются для скрининга и могут быть полезными в ситуациях, когда требуется оперативный результат.

5. Культивирование вируса: культивирование SARS-CoV-2 в лаборатории позволяет изучать его свойства, взаимодействие с клетками и чувствительность к противовирусным препаратам. Этот метод может быть полезен для разработки и тестирования новых лекарственных препаратов и вакцин.

Результаты и их обсуждение. Пандемия Covid-19, вызванная вирусом SARS-CoV-2, стала глобальной угрозой для здоровья населения и экономики многих стран. Для контроля и борьбы с распространением вируса необходимо иметь эффективные методы его определения. Лабораторное исследование играет ключевую роль в диагностике и выявлении Covid-19, что позволяет принимать меры по контролю заражения и лечению заболевших.

Заключение. Лабораторное определение Covid-19 играет важную роль в диагностике и борьбе с пандемией. В данной исследовательской работе были рассмотрены основные методы и подходы, используемые в лабораторных условиях для определения наличия вируса SARS-CoV-2. Понимание этих методов и их преимуществ и недостатков поможет развивать и совершенствовать диагностические возможности, что способствует эффективной борьбе с пандемией Covid-19.

Хайридинов М.Т., Негматов Х., Хайридинова Дж.Б.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

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

Цель исследования. Провести анализ здоровья обследуемого населения в условиях Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Для достижения репрезентативности выборки были учтены основные причины, по которым выборка может иметь иную структуру, чем популяция, и были предприняты меры для минимизации возможных отклонений.

За основу были взяты стандартизированные эпидемиологические методы международных проектов Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ).

Обследуемые были распределены по возрасту: 20-29 лет, обследовано 1884 (21,9%); в возрасте 30-39 - 1830 (21,3%); в возрасте 40-49 лет - 1920 (22,4%); 50-59 лет - 1752 (20,4%); 60-69 лет - 991 (11,5%); старше 70 лет обследовано 197 (2,5%). Наиболее представительной была группа 40-49 лет, а наименьший отклик был получен в старших возрастных группах.

В целом, представленная выборка была репрезентативной для регионов республики. Всем респондентам, отобраным для исследования, проводилось анкетирование паспортных данных, сведения об образовании, профессии, наследственном статусе, анамнезе заболевания и сведения о факторах риска.

Также всем обследованным было проведено изучение АД, ЭКГ, ЭХО-КГ, УЗИ и лабораторные методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Анализ состояния здоровья в различных возрастных группах имел следующую раскладку: «здоровые» лица в популяции составили 16,1±1,9%, «практически здоровые» - 18,8±1,8%, «больные» 65,1±2,3%.

По мере увеличения возраста наблюдалось ухудшение состояния здоровья населения. Так, даже у лиц молодого возраста показатель «здоровых» составил лишь 33,3% случаев.

В возрасте 20-29 лет лиц с различными заболеваниями выявлено 45,7±9,0% случаев. Начиная с возраста 40-49 лет, резко уменьшается количество «здоровых» обследуемых, показатель «больных» составил 67,9±2,5%, а процент «здоровых» лиц уменьшился до 15,5±1,9%. В старших возрастных группах - 60-69 лет, 70 лет и старше - пациентов без какого-либо заболевания не было выявлено вообще. В этих возрастных группах показатели «практически здоровых» составили 5,2±1,7% и 5,0±1,6% соответственно. Самые высокие цифры распространенности заболеваний («больные») пациентов 94,8±1,7% и 95,0±1,6% случаев отмечены в этих возрастных группах.

Заключение. Состояние здоровья в обследуемой популяции находится на низком уровне. Начиная с 20-29 лет, количество «здоровых» и «практически здоровых» становится меньше, чем больных. Начиная с возраста 50-59 лет, число «здоровых» и «практически здоровых» лиц резко снижается до 15,5±0,7% и 16,4±2,3% случаев соответственно. Таким образом, состояние здоровья обследуемых лиц старших возрастных групп можно оценить, как неудовлетворительное. Органам здравоохранения и социальной защиты населения необходимо разработать национальные программы по профилактике различных заболеваний в условиях республики.

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

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

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

Цель исследования. Выявление метаболической кардиомиопатии среди обследуемого населения в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. Нами было исследовано 2000 тыс. неорганизованного населения в возрасте от 20 до 69 лет (средний возраст 34,6±4,6 лет). В

2018-2021 гг. было обследовано 2000 человек. Группу пациентов от 20-29 лет составила молодежь (547 человек); группу 30-69 лет (1453 человек) - взрослое трудоспособное население.

В ходе исследования проводились антропометрические измерения (масса тела, рост, ИМТ, ОТ/ОБ), измерение АД, ЭКГ, ЭХО-КГ и УЗИ щитовидной железы.

На каждого исследуемого заполняли анкеты ВОЗ по выявлению факторов риска. Также проводили биохимические анализы крови (глюкоза крови, холестерин, триглицериды), по показаниям определяли гормоны щитовидной железы.

Результаты обработаны с помощью пакета прикладных программ «Statistica». Достоверность различия оценивали по t-критериям Стьюдента для независимых выборок. При каждом из анализов различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования у 908 обследуемых была выявлена метаболическая кардиомиопатия (МКМП), что составило 12,3% случаев.

В зависимости от пола, наибольшая распространенность отмечена среди женской популяции - 60,6%, у мужчин в 1,5 раз меньше (39,4%) случаев).

По ходу исследования были выявлены наиболее встречаемые этиопатогенетические клинические формы МКМП. Наибольшую распространенность имеет МКМП с анемией, что составило 36,5% случаев. Данная форма МКМП более в 2 раза чаще выявлена у мужчин, чем у женщин (12,4% и 26,2%) соответственно ($p < 0,05$).

Лидирующие позиции по выявляемости занимали МКМП с эндокринными заболеваниями - 47,6%, при этом формы МКМП с гипотиреозом выявлены в 27,56% случаев. Данная кардиомиопатия в 1,7 раз чаще выявлена в женской популяции, чем у мужчин (17,4% и 10,1% соответственно). Среди выявленных с патологией щитовидной железы 1,2% случаев представлены пациентами с клиническими проявлениями тиреотоксикоза.

Наибольшая распространенность и особенности клинических проявлений МКМП с гипотиреозом нами выявлены среди женской популяции (7%), что в 1,7 раза чаще, чем у мужчин (4,2%) ($p < 0,05$).

Одной из клинических форм МКМП, имеющей наибольшее число осложнений и быстрое прогрессирование тяжести со-

стояния, являлись пациенты с проявлением сахарного диабета, что выявлено в 8,9% случаев. В зависимости от пола, в женской популяции в 1,5 раза чаще отмечена распространенность, чем мужской (5,4% и 3,5% соответственно).

Наиболее сложно выявлялась этиопатогенетическая клиническая форма МКМП - алкогольная кардиомиопатия, так как обследуемые не всегда давали объективные данные об употреблении ими алкоголя, имелись трудности в анализировании заболевания. Надо отметить, что при проведении анонимного анкетирования процент выявляемости данного фактора риска (ФР) возрос. Так, среди обследуемых нами выявлена алкогольная кардиомиопатия в 6,1% случаев. Распространенность данной формы МКМП имела, в основном, в мужской популяции - 6,9%, у женщин - 0,1% ($p < 0,05$).

В современных условиях одной из актуальных проблем в материально-экономическом аспекте являются алиментарные заболевания, связанные с несбалансированным питанием. В результате проведенного исследования алиментарные клинические формы МКМП были выявлены у 7,7% обследуемой популяции. В зависимости от пола, наиболее часто эта форма МКМП встречалась среди женщин (4,5%) и несколько меньше у мужчин (3,2%).

Другие этиопатогенетические клинические формы МКМП, выявленные в ходе проведенного исследования, имели незначительную распространенность. Следует вывод, что наибольшую распространенность имеет эндокринная форма метаболической кардиомиопатии. Второе место по распространенности занимает МКМП с заболеваниями анемия.

Заключение. Распространенность метаболической кардиомиопатии среди населения, проживающего в различных регионах Республики Таджикистан, имеет существенные различия. Были выявлены различные формы метаболической кардиомиопатии: с эндокринными заболеваниями - 47,6%, анемией - 39,6%, алкогольная кардиомиопатия - 1,6%. Метаболическая кардиомиопатия с эндокринными и анемическими заболеваниями в 1,7 - 2 раза чаще выявлены в женской популяции. Полученные данные будут использованы для проведения диспансеризации и проведения первичных и вторичных профилактических мероприятий.

¹Хайридинова Дж., ²Абдурахманова З.Т.

МОДУЛЬНАЯ ПРОГРАММА КОМПЕТЕНТНОГО ОБУЧЕНИЯ ПО «ПРОФИЛАКТИКЕ И СКРИНИНГУ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ» НА КАФЕДРАХ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

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

²ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Определение принципов и подведение предварительных итогов формирования модульного обучения курсантов по «Профилактике и скринингу рака шейки матки» на кафедрах акушерства и гинекологии.

Материал и методы исследования. Модульная программа «Профилактика и скрининг рака шейки матки». Целевая аудитория: 90 акушеров-гинекологов из Центров репродуктивного здоровья г. Душанбе и районов республиканского подчинения.

Методы обучения: иллюстрированные/интерактивные лекции, мозговой штурм, работа в малых группах, ролевые игры, решение ситуационных задач для самоподготовки курсантов, дискуссия, демонстрация, тренировка. Для оценки знаний курсантов использованы 30 претестовых и 110 посттестовых вопросов.

Результаты и их обсуждение. Разработанный модуль, содержащий 10 тем, представлен в виде дисциплины, а его учебными целями являются обобщенные компетенции, направленные на решение узких профессиональных задач с позиций доказательной медицины. Структура учебного модуля включает разделы, характеризующие эпидемиологические аспекты и факторы риска рака шейки матки, анатомо-физиологические особенности вульвы, влагалища и шейки матки, физиологические состояния и доброкачественные заболевания шейки матки, современную классификацию предраковых заболеваний шейки матки, роль ВПЧ в генезе рака шейки матки. Наиболее важными аспектами модуля являются подразделы, описывающие особенности консультирования о профилактике РШМ, первичной и вторичной профилактики, вакцинации, методах скрининга РШМ; диагностики и принципах терапии заболеваний шейки матки. Резюмирующей частью учебного модуля являются данные о раке шейки матки, классификации, методы диагностики и лечения.

Средний балл претестовых вопросов составлял 38,4%: наиболее низкие баллы получены по технике взятия шеечного материала для цитологического скрининга (28,7%), вопросам интерпретации клинических данных и результатов цитограмм по системе Бетесда (20%) и маршрутизации пациенток по результатам скрининга.

Проведенная оценка практических навыков, которыми курсанты овладели в ходе тренировок, показала, что принципы консультирования пациенток с патологией шейки матки улучшились до 87,3%, техника взятия шеечного материала для цитологического скрининга – до 88,8%, интерпретация клинических данных и результатов цитограмм по системе Бетесда (The Bethesda System -TBS) - до 60,4%, методология и оценка проведения VIA/VILI тестов при визуальном скрининге – до 90,2%, техника взятия биоматериала для ВПЧ-теста – до 89,8%, использование алгоритмов по маршрутизации согласно результатам скрининга – до 89,6%, ведение документации по проведению скрининга и случаев первичного выявления рака шейки матки - до 91,4%.

Оценка модуля показала следующее: 98% курсантов отметили, что в процессе обучения материал помог в эффективном обучении; 97% - количество дней было достаточным для изучения вопросов, касающихся профилактики рака шейки матки; 95% - количество дней было достаточным для изучения вопросов, касающихся визуального скрининга; 89% - количество дней было достаточным для изучения принципов консультирования. Все обучающиеся отметили, что документ представлен грамотным, простым и доступным языком и его использование будет весьма полезным в ежедневной практической деятельности.

Сложности и извлеченные уроки: различный стаж работы и категорийность участников, недостаточный базовый уровень теоретических знаний по гинекологии.

Заключение. Модульное обучение может быть реализовано при подготовленности профессорско-преподавательского состава, компьютеризации учебного процесса, наличии системы дистанционного образования, создании на базе ИПОвСЗ РТ учебно-ресурсного симуляционного

центра, интегрировании в информационно-образовательные программы по репродуктивному здоровью вопросов профилактики и ранней диагностики рака шейки матки, улучшении материально-технической, образовательной и клинической базы профильных кафедр.

¹Халепов В.В., ²Васильев В.В., ³Васильева И.С.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОГРАММ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА ПУТЕМ ВКЛЮЧЕНИЯ В НИХ СКРИНИНГА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

¹ГБУЗ «Городская поликлиника №109 Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация

²ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва, Российская Федерация

³ФГАОУ ВО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России» (Сеченовский университет), г. Москва, Российская Федерация

Цель исследования. Научное обоснование расширения поликлинических диспансерных программ наблюдения у лиц трудоспособного возраста путем включения в них методов скрининга щитовидной железы.

Материал и методы исследования. Проанализированы материалы официальной статистики ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России «Заболеваемость населения Российской Федерации» за 2014-2019 гг., а также данные литературы о заболеваемости болезнями эндокринной системы. Выполнен расчет показателей динамических рядов и прямое ранжирование полученных значений.

Результаты и их обсуждение. В последние десятилетия на фоне неуклонного увеличения заболеваемости эндокринными патологиями и широкой распространенности нарушений обмена веществ в популяции населения экономически развитых стран значительно возросла частота выявления болезней щитовидной железы (ЩЖ), ведущим этиологическим фактором которых является недостаточное поступление йода в организм. Это обуславливает актуальность исследований, направленных на повышение эффективности диагностики патологии ЩЖ у лиц трудоспособного возраста.

Установлено, что в структуре заболеваемости болезнями эндокринной системы заболевания ЩЖ занимают второе место

(28%) после сахарного диабета (СД) (45%), частота выявления ожирения составляет 15%. В структуре первичной заболеваемости отмечается следующее распределение: на доли ЩЖ, СД и ожирения приходится соответственно 24%, 26%, 23%.

Следует учитывать что риск малигнизации, например, диффузного токсического зоба, составляет 2,5-8,4%, при узловой форме зоба его уровень варьирует от 4,6% до 31,4%, при хроническом аутоиммунном тиреоидите составляет 1,2-8,2%, при узловой форме - 4,7-29,5%.

В 2019 г. уровень заболеваемости населения эндемическим зобом составил 0,76 на 1000 жителей и увеличился на 27%, по сравнению с соответствующим показателем в 2018 г. Распространенность диффузного эндемического зоба в различных регионах России варьирует от 5,2% до 70% и в среднем по стране составляет 31%.

Диффузный нетоксический зоб (ДНЗ) наблюдается преимущественно у детей, подростков и лиц молодого возраста, более чем в 50% случаев у лиц моложе 20-лет, причем у женщин зоб развивается в 2-3 раза чаще, чем у мужчин. Как правило, риск развития ДНЗ многократно возрастает в периоды, когда повышенная потребность в йоде адекватно не восполняется (детский возраст, пубертатный период, беременность, кормление грудью).

Тенденция к увеличению заболеваемости болезнями ЩЖ прослеживается в популяции лиц трудоспособного возраста. В 2022 г. в РФ рост частоты выявления этих заболеваний у лиц в возрасте 18-39 лет составил 7% к уровню соответствующего показателя в 2021 г. В этой возрастной группе заболевание чаще было диагностировано у женщин, что, по-видимому, связано с большей частотой проведения им обследований, в том числе в связи с реализацией детородной функции. В то же время меньшая частота заболеваемости мужчин болезнями ЩЖ, вероятно, обусловлена относительно низкой выявляемостью этих болезней, что в свою очередь объясняется недостаточным охватом диагностикой лиц мужского пола в возрасте 18-39 лет.

Заключение. В мире и в России отмечается ежегодное увеличение распространенности тиреоидной патологии, в том числе злокачественных новообразований железы, что свидетельствует о важности увеличения охвата населения обследованиями с использованием методов оценки ее морфофункционального состояния, а также подтверждает необходимость повышения эффективности первичной диагностики патологии щитовидной железы.

Целесообразными представляются разработка и внедрение в систему ежегодной диспансеризации взрослого населения (в частности, возрастных групп 18-39 лет) программы скрининга патологии щитовидной железы.

Хамиджанов Э.Х., Мавлянова З.Р., Турдалиева Дж.Э., Дадобоева Р.И.

О РОЛИ СЕМЕЙНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ОБУЧЕНИИ НАСЕЛЕНИЯ МЕТОДАМ ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ И ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Кафедра семейной медицины Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Повысить уровень знания и навыков семейных медицинских сестер по оказанию доврачебной помощи на догоспитальном этапе при неотложных состояниях и чрезвычайных ситуациях до профессиональной компетентности.

Материал и методы исследования. За период 2018-2023 гг. на кафедре семейной медицины на циклах усовершенствования (192) и первичной специализации (46) находились 238 семейных медицинских сестер из городов и районов Согдийской области. От своевременности и правильности оказания помощи при неотложных состояниях и чрезвычайных ситуациях зависит судьба пострадавших, даёт пострадавшему человеку шанс на выживание. Статистика свидетельствует, что более 25% жизней могли бы быть спасены, если бы человек, оказавшийся на месте происшествия, владел бы простыми приемами первой помощи и сердечно-легочной реанимации.

При чрезвычайных ситуациях ожидать помощь извне невозможно либо служба скорой помощи в лучшем случае прибывает только через 15-20 минут после события. Поэтому вся надежда на знания и умения

оказания первой помощи на месте происшествия или в зоне бедствия свидетелей или лиц, случайно оказавшихся на месте происшествия.

Результаты и их обсуждение. Предтестовые исходные оценки знания и практических навыков по оказанию первой и доврачебной медицинской помощи при неотложных и чрезвычайных состояниях у всех слушателей были неудовлетворительными.

На кафедре по всем темам цикла обучения, в том числе: по диагностике и лечению основных патологических состояниях, угрожающих жизни больного (пострадавшего) и требующих оказания неотложной помощи; алгоритм выполнения мероприятий первой помощи по спасению жизни пострадавших при стихийных бедствиях и внезапно заболевших; основные способы безопасности при работе в экстремальных ситуациях - подготовлены лекции в виде презентации, раздаточные материалы на государственном и русском языках. Тестовые вопросы и ситуационные задачи для текущего, рубежного и итогового контроля. Кафедра для проведения лекционных и практических занятий оснащена мультимедийными проекторами,

демонстрационными материалами (ЭКГ, пикфлоуметр, пульсоксиметр, глюкометр, слайды, видеофильмы, таблицы и др.), муляжами, фантомами.

Практические занятия проводятся путем устного опроса и работы в малых группах с отработкой навыков на фантомах, муляжах, манекенах; тестирования; решение ситуационных задач неотложной помощи на догоспитальном этапе при различных клинических ситуациях, составление плана мероприятий по соблюдению инфекционной безопасности персонала и больных, в том числе и при стихийных бедствиях.

Большое внимание уделяется самостоятельной работе слушателей (СРС), где они работают с учебной и дополнительной ли-

тературой, готовят презентации по темам занятий.

Практические навыки отрабатываются на фантомах и муляжах. В конце цикла сдают экзамен – ОСКЭ.

Благодаря рациональному использованию адаптированных учебных программ, инновационных образовательных технологий, итоговый уровень знания слушателей был доведен до оценки «хорошо».

Заключение. Таким образом, полученные знания и практические навыки за период обучения дают слушателю уверенность в эффективном проведении обучения населения по оказанию первой помощи при неотложных состояниях и чрезвычайных ситуациях.

Худойдодова Н.Ф., Пулатова А.П., Сайдахмадова Ш.Дж, Муминова Ш.Т.

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАННИХ НЕОНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ В СТАЦИОНАРЕ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

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

ГОУ «Республиканский медицинский колледж»

Цель исследования. Установить медико-организационные аспекты ранней неонатальной смертности в стационаре третьего уровня.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование 228 случаев ранних неонатальных потерь у матерей, родоразрешенных в стационаре третьего уровня (ТНИИ АГиП) за 2021-2022гг. Объектом исследования были новорожденные в раннем неонатальном периоде.

Результаты и их обсуждение. Большую часть госпитализированных женщин (144/63,1%) составляли жительницы районов республиканского подчинения (РРП), почти каждая пятая (44/19,3%) – Хатлонской области, 31/13,6% - г. Душанбе и наименьшее количество – из Согдийской области (9/3,9%). Почти каждая вторая женщина находилась в активном репродуктивном возрасте (59/46%), более одной трети женщин - в раннем (49/37,8%) и 22/16,7% - в позднем репродуктивном периоде. Более половины пациенток (121/53,0%) были повторнородящими

женщинами, более 1/3 (79/34,6%) составляли первородящие и 28/12,3% – многорожавшие. Практически здоровых пациенток не было. В структуре экстрагенитальной патологии имело место сочетание 2-х - 3-х заболеваний. У каждой четвертой женщины (58/25,4%) имели место заболевания мочевыделительной системы, анемией различной степени страдали 172/75,4% беременных, избыточную массу тела имели 37/16,2%, заболевания желудочно-кишечного тракта – 18/17,9%, йоддефицитными состояниями – 82/38%.

Акушерский анамнез был отягощен у более 1/3 женщин (75/ 33,0%): самопроизвольный выкидыш (24%), медицинский аборт (23%), преждевременные роды (16%), мертворождения (9,0%), преэклампсия (14,0%) и вирусные инфекции (6,0%). Более 1/3 (78/ 34,5%) пациенток имели воспалительные заболевания органов малого таза. Более 60% (148/65,0%) беременных не состояли на учете у медицинских работников. Из состоявших на учете (80/35%) беременных каждая пятая (49/21%) наблюдались в медицинских домах

(МД), каждая десятая (22/10,0%) – в городских центрах репродуктивного здоровья (ГЦРЗ), 8/2,7% в районных центрах репродуктивного здоровья (РЦРЗ) и 2/1,2% - в сельско-врачебных амбулаториях (СВА). Установлено, что наблюдались акушером-гинекологом 38/16,7% беременных, семейным врачом – 35/15,3%, акушеркой – 7/3,0%. Рекомендуемое количество визитов (7-8) установлено у 10/12,5% матерей с ранними неонатальными потерями, остальные 70/87,5% посетили медработников менее 3-6 раз. Анализ показал, что в 20/39,5% случаев беременность осложнилась анемией различной степени тяжести, у каждой пятой (45/20,0%) – ранним гестозом беременных; обострение хронического пиелонефрита возникло у каждой пятой (45/20,0%), тяжелая преэклампсия – у 36/15,7%, острые респираторные вирусные инфекции - у 36/16,0%, предлежание плаценты – у 12,0%.

При анализе установлены проблемы направлений/перенаправлений. Более 70% (173/75,8%) беременных не имели направления на госпитализацию в стационар третьего уровня и только 55/24% поступили с сопроводительным листком. Преимущественное большинство женщин поступили в стационар в сопровождении родственников (191/84%) и только 37/16% - машиной скорой помощи. Следует отметить, что 148/65% пациенток поступили в воскресные дни и 34/15% - в пятницу в вечернее или ночное время суток.

Спонтанное начало родовой деятельности установлено в 130/57,0% случаев, родовозбуждение – в 50/22,0%, кесарево сечение до начала родовой деятельности произведено 49/21,5%. Показаниями к индукции родов в каждом десятом случае (23/10,0%) был дородовый разрыв плодных оболочек, врожденные пороки развития плода имели место в 13/6,0%, тяжелая преэклампсия наблюдалась у 34/15,0%.

Перинатальные исходы показали, что каждый четвертый ребенок (43/18,8%) родился в

доношенном сроке, 185/81,1% новорожденных были недоношенными, при этом более 1/3 (75/33,0%) родились в сроке 28-32 недель, каждый четвертый (57/25,0%) – в 24-27 недель и 36/16,0% - в 33-36 недель. С экстремально низкой массой (500,0-999,0 грамм) родились 55/24,1% новорожденных, с очень низкой массой (1000,0-1499,0 г) – 82/36,1%, 1500,0-1999,0 грамм – 40/17,5%, 2000,0-1499,0 грамм - 32/14,0% и более 2500,0 грамм - 19/8,3%.

Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар показала, что менее 4 баллов установлено у 97/42,5% новорожденных, 4-6 баллов – у 85/37,2%, более 7 баллов – у 42/18,4%, 8-9 баллов – у 4/1,7%. В структуре причин ранней неонатальной смертности у каждого третьего новорожденного (75/33%) диагностирована асфиксия в родах, у каждого четвертого (54/24%) - врожденные пороки развития плода, связанные с осложнениями со стороны матери, – 59/26,0%, у каждого пятого (45/20,0%) - синдром задержки развития плода, болезнь гиалиновых мембран – 32/14,0%, родовые травмы – 30/13,0%, у каждого десятого (23/10,0%) - септические состояния новорожденных. Установлено, что каждый второй (116/51,0%) умерший новорожденный прожил в среднем 58 часов, каждый четвертый (56/24,5%) – 35 часов, 37/16,5% - 15 часов, менее 6 часов – 18/8,0%.

Заключение. Медико-организационными аспектами ранней неонатальной смертности являются: низкий социальный статус и высокий уровень соматической и гинекологической заболеваемости женщин, ненадлежащий антенатальный уход, проблемы направлений/перенаправлений пациенток групп высокого риска в стационары третьего уровня, преждевременные роды, ненадлежащее качество неонатальной помощи в стационаре.

Соблюдение принципов трехуровневой системы оказания медицинских услуг и проведение перинатального аудита позволят установить упущенные возможности и предотвратить перинатальные потери.

Шамсов Б.А.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ НА ПРИМЕРЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ПМСП

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

Цель исследования. Оценить мнение матерей по вопросам организации и поддержки грудного вскармливания (ГВ).

Материал и методы исследования. На базе ГУ РНКЦПиДХ МЗиСЗН РТ анализированы результаты специально разработанного анкетирования 150 матерей детей в возрасте до 2-х лет.

Результаты и их обсуждение. По результату анкетирования более чем 90% матерей регулярно наблюдались в женской консультации, однако только 16,7% проходили обучение правилам грудного вскармливания (ГВ), еще 28% получали консультацию в акушерском стационаре, 10% — в детской поликлинике. Половина женщин отметили, что первое прикладывание ребенка к груди было проведено в первые 6 ч после родов, 33% — через 6–12 ч. Трудности с прикладыванием ребенка к груди имели 53,4% анкетированных, при этом 21,3% матерей указали на отсутствие помощи со стороны медперсонала, в 44% помогала акушерка, в 34,7% — медицинская сестра отделения новорожденных.

По данным опроса матерей, только 4,0% новорожденных не получали дополнительного питания в роддоме, 24,0% получали докорм после каждого кормления, 38,7% находились на искусственном вскармливании до становления лактации. Третины сосков имели 48,0% матерей, у 21,0% отмечалось нагрубание молочных желез.

Исключительно грудное молоко более 6 мес. получали 53,3% детей, в 12,0% случаев ГВ продолжалось до 3–6 мес., а в 34,7% случаев — менее 3 месяцев. Продукты и блюда прикорма в возрасте 5–6 месяцев вводили 60,0% опрошенных матерей, в 24,0% — в 4–5 мес., еще 16,0% — в 6–7 мес. При исключительно ГВ только 31,0% детей не получали дополнительной жидкости, в 25,0% матери регулярно допаивали ребенка, еще 13,8% давали жидкость летом в жаркую погоду.

Заключение. Проведенное анкетирование продемонстрировало недостатки в организации и поддержке ГВ и необходимость повышения квалификации медицинских работников лечебно-профилактических учреждений области по данному разделу.

^{1,2}Шумилина О.В., ²Дустов Ш.Б., ¹Мурадов А.М.,
^{1,2}Мурадов А.А., ¹Хамрокулов А.А., ¹Ризоев М.М.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЕЁ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ

¹Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

Цель исследования. Изучить основные причины развития хронической сердечной недостаточности и её острой декомпенсации по данным обращаемости.

Материал и методы исследования. Обследованы 100 больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), проходивших лечение на базах ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ, а также кафедрах эфферентной медицины и интенсивной терапии, кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», в отделении кардиологии ГКБ №2 г. Душанбе, за период с 2017 по 2021 годы.

Контрольную группу составили 30 практически здоровых мужчин и женщин (ПЗД-МиЖ).

Для рандомизации проспективный группы больных с ХСН применялись Европейские рекомендации (ESC, 2016, 2018), в основу которых заложены показатели фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ). Пациенты с ХСН поделены на 3 группы: 1-ая группа СН - сФВ (>50%) - 34 (34,0%); 2 группа СН - срФВ (40 - 49%) - 40 (40,0%); 3 группа СН - нФВ (≤40%) - 26 (26,0%).

Из общего количества пациентов мужчин оказалось 54 (54,0%), женщин - 46 (46,0%). Согласно рекомендациям (ESC 2016, 2018), с СН - сФВ (>50%) в 1-ой группе было 19 (19,0%) мужчин и 15 (15%) женщин; во 2-ой группе с срФВ (40 - 49%) - соответственно 23 (23,0%)

и 17 (17,0%); в 3-ей группе с нФВ (<40%) - 12 (12,0%) и 14 (14,0%) соответственно.

ХСН в 1 группе с сФВ (>50%) и во 2 группе с срФВ (40- 49%) чаще встречалась среди мужчин, однако в 3 группе с нФВ(<40%) преобладали женщины.

Преобладали пациенты среднего и пожилого возрастов. Мужчины и женщины в возрасте 48 – 57 лет составляли 32,0%: мужчин - 21, женщин - 11. Возрастная группа 58-67 лет составила 29%, 38-47 лет - 18%. Наиболее часто ХСН встречается у мужчин в возрасте 28-57 лет, а у женщин - в возрастных группах 58-77 лет. Таким образом, заболеваемость ХСН нарастает с возрастом, достигая максимума в 40-77 лет. При этом в наиболее трудоспособном возрасте (28 – 57 лет) ХСН страдало 59% больных, что имеет важное социально-экономическое значение.

Среди больных с ХСН жители городской местности составили 43,0%, сельской - 57,0%, возможно, это объясняется более тяжелой физической нагрузкой и худшими социальными условиями у жителей сельской местности.

44 больным с ХСН, осложненной ХБП 5 стадии, проводилась заместительная почечная терапия в виде гемодиализа (ГД) продолжительностью от 1 года до 8 лет.

Результаты и их обсуждение. Изучение причин, приведших к развитию ХСН, у наблюдаемых больных выявило преобладание артериальной гипертензии (АГ) - 96,1%, ИБС - 69,1%, ХБП - 36,0%, сахарный диабет (СД) 2 типа – 16,1% случаев. У 75%

выявлялись метаболические нарушения и эндокринная патология (эндемический зоб, акромегалия, диабетическая нефропатия, ожирение, комплексное истощение). Также достаточно часто наблюдалось токсическое повреждение миокарда (алкоголь, лекарственные средства) - 10,0%, ХОБЛ - в 13,2% случаях. Менее распространенными причинами ХСН явились миокардиты – 3,6%, анемии 12,3%, хроническая и пароксизмальная ФП – 12,8%, перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения – 10,3% и другие – 4,0%.

Анализ причин, приведших к развитию ХСН у наблюдаемых нами больных, также показал, что более чем у 2/3 выявляется от 2-3 этиологических факторов, осложнившихся сердечной недостаточностью.

Исходя из целей и задач нашего исследования, нами проанализированы причины, приведшие к острой декомпенсации (ОД) у больных с ХСН.

Заключение. Основные причины развития ОД ХСН и острой гипергидратации у наблюдаемых нами пациентов были следующие: быстрое прогрессирование собственно ХСН; развитие острых состояний (ОИМ, ТЭЛА и др.); декомпенсация на фоне наличия и обострения сопутствующей патологии; нарушение солевого, питьевого режимов, дозы и интервала приёма лекарственных средств, развитие резистентности к диуретикам и гипотензивным средствам; нарушение диализного режима у больных с ХСН и ХБП.

Юнусова Д.З., Намозова З.С., Мухамедиева С.М., Рахматова С.Ш.

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ)

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить медико-организационные аспекты материнской смертности на уровне региона и разработать предложения для снижения репродуктивных потерь.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 43 историй родов с летальными материнскими исходами за 2021 и 2022 гг., заключения экспертов.

Результаты и их обсуждение. По данным

медицинской документации, в структуре летальных исходов в 34/79,1% случаев имели место прямые акушерские причины: тяжелая преэклампсия - в 17/39,5% случаев, эклампсия – в 5/11,6%, акушерские кровотечения – в 8/20,9%, сепсис - в 3/6,9%), эмболия околоплодными водами - в 1 (2,3%). Среди косвенных причин (9/20,9%) тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛ) диагностирована в 5/11,6% случаев, пнев-

мония – в 3/6,9%, опухоль головного мозга – в 1 (2,3%).

Анализ показал, что из 39/90,7% беременных, наблюдавшихся у медработников на антенатальном уровне, акушером-гинекологом осмотрены лишь 21/48,8% женщина, семейным врачом - 8/18,6%, акушеркой - 8/18,6% - семейной медсестрой - 6/13,6%. Посетили медработников от 5 до 7 раз 25/64,1% беременных, остальные 14/35,8% - не более 4-х раз. Среди анализируемых случаев 28/65,1% женщин погибли в центральных районных больницах, остальные 15/34,8% переведены на более высокий уровень родовспомогательных учреждений: в Перинатальный центр г. Куляба - 4/26,6%, в Перинатальный центр г. Бохтара – 5/33,3%, ТНИИ АГиП – 2/13,3%, из первого уровня в ЦРБ - 4/26,6%.

Анализ летальных случаев показал, что 30/69,7% женщин были доставлены в стационар родственниками и только 13/31,2% - машиной скорой помощи, при этом с сопроводительным листом - 14/32,5% пациенток, без направления – 29/67,4%, большая часть в воскресные дни, в пятницу в вечернее или ночное время (21/48,8% и 4/9,3% соответственно). При поступлении в роддом у 32/74,4% погибших женщин состояние оценено как тяжелое, у каждой пятой (9/20%) - средней тяжести и в двух случаях (4%) - удовлетворительное.

Наибольший удельный вес материнской смертности приходится на активный (25-34 г.) и ранний (20 – 24 г.) репродуктивный возраст (17/39,5 и 13/30,2% соответственно), 12/27,9% погибших женщин находились в позднем репродуктивном периоде (35-44 г.) и одна (2,3%) - в подростковом (18 лет). По паритету родов более половины летальных случаев составляли повторнородящие (24/55,5%), более 1/3 (16/37,2%) – первородящие и 3/6,9% - многорожавшие женщины.

В структуре соматической патологии лидировали заболевания дыхательной системы (39/90%) и анемия различной степени (35/81,3%), заболевания мочевыделительной системы установлены в 21/48,8% случаев, у каждой десятой (6/13,9%) имели место варикозная болезнь и йод-дефицитные состояния (5/11,3%), реже встреча-

лось ожирение (2/4,6%). Акушерский анамнез был отягощен у каждой четвертой женщины (11/25,5%) самопроизвольными выкидышами в различные сроки беременности, с одним или двумя кесаревыми сечениями (6/13,9%); домашние роды в анамнезе имели 8/18,6% погибших женщин. Среди проанализированных летальных случаев трое (7%) погибли беременными при сроке гестации 25, 29 и 35 недель, причиной которых являлась тромбоэмболия легочной артерии как следствие коронавирусной инфекции. В остальных 40 (93%) случаях произошли роды произошли в различные сроки гестации. Более половины летальных исходов (21/52,5%) произошли при срочных родах, 18/45% - при преждевременных и 1/2,5% - при запоздалых родах. Операция кесарево сечение произведена в 25/62,5% случаев, через естественные родовые пути роды произошли в 15/37,5% случаев, из которых вакуум-экстракцией плода завершены в 3/20% случаях.

Перинатальные исходы были следующие: из 40 новорожденных доношенных было 22/55%, недоношенных - 18/45%, при этом живыми родились 32/80% детей, в остальных 10/25% случаях установлена перинатальная смертность: антенатальная гибель имела место в 8/80% случаях, ранняя неонатальная смертность установлена в 2/20% случаев. Погибли в течение первых двух суток 18/41,7% женщин, от 3 до 5 суток - 11/25,5%, от 6 до 12 суток - 12/27,9%, после 20 дней - 2 /4,6%.

Заключение. Медико-организационными аспектами материнской смертности в регионе являются низкий индекс здоровья сельских жительниц и их недостаточный уровень знаний об опасных симптомах, ненадлежащий антенатальный уход, несоблюдение принципов «маршрутизации», несвоевременное оказание неотложной акушерской помощи. Проведение конфиденциального расследования случаев материнской смертности и непрерывное обучение специалистов на всех уровнях родовспомогательных учреждений позволят выявить упущенные возможности и улучшить качество предоставляемых услуг, тем самым снизить репродуктивные потери.

Юсупова З.Х., Зарипов А.Р., Артыкова Н.К.

ЗДОРОВЬЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить состояние здоровья медицинских работников стоматологических учреждений.

Материал и методы исследования. Путем анкетирования 320 медицинских работников стоматологических учреждений проведен социологический опрос по выявлению состояния здоровья, организации. Опросу подверглись 84 стоматологов-терапевтов, 51 стоматологов-хирургов, 43 стоматологов-ортопедов, 32 зубных техника и 110 медицинских сестер.

Результаты и их обсуждение. Развитие и внедрение инновационных технологий, расширение аппаратных и медикаментозных методов лечения в стоматологии увеличило ряд вредных факторов труда специалистов этой области. Данные по гигиенической оценке условий труда и организации трудового процесса медицинских работников стоматологического профиля требуют существенного дополнения и учета индивидуальных профессиональных рисков. Медицинский персонал стоматологических учреждений занимает одно из первых мест в перечне медицинских профессий повышенного риска для здоровья. При оказании стоматологической помощи стоматолог постоянно контактирует с различными факто-

рами окружающей производственной среды как инфекционной, так и неинфекционной природы, которые, несомненно, оказывают влияние на состояние его здоровья и работоспособность, что требует совершенствования мер по безопасности труда.

Почти 51% медицинских работников стоматологических учреждений очень редко или вообще не обращаются в лечебно-профилактические учреждения по поводу острых заболеваний. В основном, это стоматологи-терапевты (59,5%) и стоматологи-ортопеды (58,1%). Несмотря на 100% женский состав медицинских сестер среди них также отмечена низкая активность обращаемости в лечебно-профилактические учреждения - всего 42%.

Вместе с тем необходимо отметить, что 12,7% респондентов считали свое здоровье плохим; 62,5% - удовлетворительным; причем 60,5% занимались самолечением.

Заключение. Здоровье медицинских работников зависит от многих факторов, в основном, это неблагоприятные профессиональные, социально-экономическое положение, низкий уровень заработной платы, отношение администрации, психологический климат в коллективе и семейно-бытовых неурядицы.

Назирова Н.К., Абдуллаева Ш.Р., Воситзаде З.Ф.

ПОВЫШЕНИЕ РОЛИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ, ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ COVID-19 НА ДОМУ

Кафедра семейной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Повысить уровень подготовленности (уровень знаний и практических навыков) семейных врачей (СВ) г. Душанбе по оказанию первой психологической, психотерапевтической и реабилитационной помощи больным COVID-19 на дому.

Материал и методы исследования. Ассистенты кафедры семейной медицины, как члены Ассоциации СВ, с участием специалистов психологов и психотерапевтов разработали и провели 10 однодневных тренингов для 250 СВ г. Душанбе в октябре-ноябре 2021 года. Тематика семинара была разработана с учетом потребностей СВ, основываясь на результатах анкетирования СВ.

Результаты и их обсуждение. В Республике Таджикистан в период пандемии COVID-19 в соответствии с Приказом МЗиСЗН РТ № 936 от 24.11.2020 г. пациенты с легкой и средней тяжестью течения заболевания получают лечение на дому. Поэтому профилактика, раннее выявление, лечение легких и средней тяжести форм заболевания COVID-19, реабилитация пациентов в постковидном периоде возложены на СВ. В связи с вышеуказанным в условиях эпидемии COVID-19 оказалось важным, чтобы СВ имели соответствующие знания и навыки по оказанию первой психологической и психотерапевтической помощи на дому.

Опрос СВ показал, что 87% опрошенных считают, что новая пандемия коронавируса COVID-19 оказывает серьезное влияние на психическое здоровье как населения, так и медработников, 49% опрошенных СВ сами нуждались в психологической помощи, 63% отметили, что испытывают трудности по оказанию первой психологической, психотерапевтической и реабилитационной помощи больным, 51% отметил трудности во взаимодействии СВ и узких специалистов (невролога, психолога, психотерапевта).

В связи с этим, основываясь на изучении потребностей СВ и интересующих их вопросах, была разработана тематика семинара. СВ ознакомились с методологией проведения интервьюирования, анкетирования пациентов с COVID-19 на дому на предмет выявления нарушений психоэмоциональной сферы с использованием международных стандартов и шкал: шкала оценки признаков депрессии (Шкала Бека), Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS), Анкета о состоянии здоровья (PHQ-9), Опрос пациента на выявление признаков ПТСР (посттравматическое стрессовое расстройство).

Обсуждались тактика и реальные возможности СВ по оказанию первой психологической, психотерапевтической и реабилитационной помощи больным в период пандемии, предложен алгоритм взаимодействия СВ и узких специалистов (невролога, психолога, психотерапевта).

Большой интерес СВ проявляли к вопросу лечения данной категории пациентов на дому: существующие возможности фармакологической помощи (доступные, эффективные и безопасные препараты) и

практические приемы нефармакологической помощи пациентам с выявленным нарушением психоэмоциональной сферы на дому.

Во время семинара было уделено внимание вопросам профессионального выгорания и связанных с ним рисков для физического и психического здоровья медработников. Каждый участник семинара оценил степень своего профессионального выгорания с помощью предложенного опросника, что вызвало большой интерес у СВ. Вместе с психологом участники семинара определяли факторы-протекторы и возможные пути решения данной проблемы, а также применение опросника в процессе своей деятельности, что впоследствии определяет качество оказания медицинской помощи населению.

Уровень знаний и практических навыков по диагностике психоэмоциональных нарушений и оказанию первой психологической, психотерапевтической и реабилитационной помощи больным COVID-19 на дому до проведения семинара в среднем составил 26% (в большей степени были выявлены пробелы в диагностике психоэмоциональных расстройств, последствий интенсивной терапии и посттравматических расстройств), после участия на семинаре уровень знаний и умений СВ повысился, в среднем, до 88%.

Заключение. Здоровье медицинских работников зависит от многих факторов, в основном, это неблагоприятные профессиональные, социально-экономическое положение, низкий уровень заработной платы, отношение администрации, психологический климат в коллективе и семейно-бытовых неурядицы.

РАЗДЕЛ II

ТЕРАПИЯ

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

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА, ИХ ОСОБЕННОСТИ И КОРРЕКЦИЯ

Кафедра неврологии и медицинской генетики ГОУ ИПОвСЗРТ

Цель исследования. Рассмотреть встречаемость основных факторов риска - гипертонической болезни и атеросклероза, их влияние на частоту развития инсульта и методы коррекции.

Материал и методы исследования. В течение 6 месяцев 2022 г. было обследовано 190 больных ОНМК, поступивших в неврологическое отделение Хатлонской областной больницы. Из них с геморрагическим инсультом было 43 (22,6%), ишемическим инсультом – 147 (77,4%) пациентов. Средний возраст больных – 53 года.

Результаты и их обсуждение. Из обследованных 190 больных АГ страдали 88,8% с геморрагическим, 89,6% - с ишемическим инсультом, у них также присутствовал АС. Исследованиями установлено, что на фоне АГ атеросклеротический процесс возникает раньше и протекает тяжелее. Дислипидемия наблюдалась у 78% за счет повышенного уровня общего холестерина и липопротеина низкой плотности (ЛПНП). В зависимости от этиологического фактора определяются особенности течения инсульта. Учитывая то, что АГ и АС являются ведущими ФР развития цереброваскулярных осложнений, рекомендуется проводить профилактику первичного и повторного инсультов, так как инсульт легче предотвратить, чем добиться восстановления утраченных функций, а тем более полного излечения пациента.

Артериальная гипертония (АГ) – является важнейшим и поддающимся коррекции фактором риска развития различных форм острых и хронических нарушений мозгового кровообращения. Головной мозг считается самым чувствительным органом-мишенью при артериальной гипертензии. АГ оказывает негативное воздействие на сосудистую сеть, нарушает ауторегуляцию мозгового кровотока, что ведет к поражению как серого,

так и белого вещества головного мозга. Постоянная АГТ, проводимая в течение многих месяцев и лет, снижает активность симпатической и ренин-ангиотензиновой систем, улучшает состояние сосудистой стенки, что приводит к реадaptации ауторегуляции мозгового кровотока к более низким цифрам АД. Целью АГТ является стабильное снижение АД, улучшение качества жизни, предупреждения поражения органов-мишеней и снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

В настоящее время используются в основном гипотензивные препараты следующих классов. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ). По данным многочисленных исследований, положительно оценивается профилактическая эффективность иАПФ. На основе назначения иАПФ возникает вазодилатация артерий и вен, уменьшается нагрузка на сердце, снижается активность симпатической НС, они обладают кардио-, ангио-, нефропротективными и метаболическими эффектами. В рамках превентивного лечения инсульта предпочтение отдается иАПФ пролонгированного действия - фозиноприл, периндоприл, эналаприл, лизиноприл, рамиприл, зофеноприл. В период подбора препаратов начинать надо с минимальных доз. Блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА₂) – по гемодинамическим и метаболическим эффектам сходны с иАПФ, но не имеют побочных действий, таких как сухой кашель, гипотония первой дозы. БРА₂ - валсартан, ирбесартан, лосартан, эпросартан, лозап, телмисартан и др., фармакодинамические эффекты этой группы препаратов заключаются в системной вазодилатации, снижении общего периферического сопротивления сосудов, натрийуретическом эффекте, антипро-

лиферативном и органопротективном действии, улучшают функцию эндотелия сосудов и вызывают антиагрегационный эффект. БРА₂ при приеме 1 раз в сутки равномерно снижают АД на протяжении 24 ч. Антагонисты кальция (АК) – в основе антигипертензивного эффекта всех АК лежит их способность вызывать выраженную артериальную вазодилатацию. Применяются преимущественно препараты нифедипин, амлодипин, верапамил, фелодипин, лацидипин. Бета-адреноблокаторы (БАБ) – снижают периферическое сосудистое сопротивление, урежают ритм сердца, снижают активность симпатической НС, уменьшают секрецию ренина. Увеличивают высвобождения вазодилатирующих веществ. Препараты БАБ – атенадол, бетаксол, биспролол, метапролол. Из диуретических средств применяются тиазидные и тиазидоподобные диуретики – гидрохлортиазид, индапамид (арифон, индап), клопамид. Индапамид в отличие от других диуретических препаратов обладает прямым сосудорасширяющим действием. Продолжительность антигипертензивного эффекта индапамидаретарда – более 24 ч. Для долгосрочной терапии больных АГ рекомендуется низкие дозы диуретиков в комбинации с другими АГС как с БАБ, иАПФ или БРА₂, АК. Комбинированная терапия на сегодняшний день является приоритетным направлением в лечении больных АГ, доказан взаимодополняющий эффект совместной терапии.

Атеросклероз (АС) является одним из важнейших факторов риска цереброваскулярной патологии, которой является атеросклеротическое поражение сосудов

мозга, с эндотелиальной дисфункцией. Значимым для риска инсульта осложнениями АС являются атеросклеротические бляшки в магистральных мозговых артериях. Лечение статинами должно быть начато у пациентов с доказанным АС и у больных, относящихся к категории высокого риска развития ИБС. Клиническая эффективность применения статинов превосходит происходящие в сосудах изменения, которые связывают с плейотропными свойствами статинов: снижение ЛПНП, торможение воспалительных процессов в сосудистой стенке, улучшение функции эндотелия и реологических свойств крови, антиоксидантный эффект, также имеют иммуномодулирующие свойства, замедляют накопление в мозге β-амилоида, они способствуют предотвращению сердечно-сосудистых осложнений. Снижение уровня холестерина ЛПНП отмечается при применении розувастатина (роксера), аторвастатина, симвастатина, провастатина, ловастатина и флувастатина. Применение гиполипидемических средств на 23% уменьшает риск цереброваскулярных осложнений.

Заключение. В настоящее время имеются достаточные возможности для значительного уменьшения и предупреждения возникновения мозгового инсульта, в основе подавляющего большинства случаев которого лежит гипертоническая болезнь и атеросклероз, в виде проведения соответствующей продолжительной адекватной терапии, которая приводит к снижению частоты случаев инсультов. Очень важно повышение образовательного уровня и информированности населения об изменениях образа жизни и характера питания.

¹Абисалова И.Л., ¹Хромова Н.А., ¹Огай М.А.,
²Ахмедов Ф.А., ³Ахмедова М.А.

ИЗУЧЕНИЕ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ПРОТИВОЯЗВЕННОЙ АКТИВНОСТИ ГОТОВОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ДИНИТРАТА 2-ФЕНИЛ-9- ДИЭТИЛАМИНОЭТИЛИМИДАЗО[1,2-А] БЕНЗИМИДАЗОЛА ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ОСТРОГО УЛЬЦЕРОГЕНЕЗА

¹Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Российская Федерация

²ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр» Республики Таджикистан

³Кафедра эндокринологии ГОУ ИПО в СЗ РТ

Цель исследования. Оценка противоязвенной активности готовой лекарственной формы динитрата 2-фенил-9-диэтиламиноэтилимидазо[1,2-а] бензимидазола (лабораторный шифр ГЛФ РУ-64, таблетки 60 мг) при хеликобактероподобном поражении в сочетании с иммобилизованным стрессом и на модели этанол-преднизолонового повреждения.

Материал и методы исследования. Хеликобактероподобное повреждение вызывали введением аммиака в концентрации 120 ммоль/л из расчета 1 мл на 100 г массы тела животных. За 24 часа до введения аммиака животные подвергались иммобилизационному стрессу с принудительным внутрижелудочным введением воды, что провоцирует развитие ишемического состояния слизистой оболочки, тем самым стимулирует повреждение слизистой на фоне введения аммиака. Этанол-преднизолоновое язвенное поражение вызывалось введением преднизолона, растворенного в этаноле, из расчета 20 мг/кг и 80% этилового спирта в дозе 0,6 мл на 100 г массы тела животных. Эксперименты выполнены на крысах-самцах линии Wistar (возраст 10-12 недель) массой 180-250 г. Исследуемая ГЛФ РУ-64 и препарат сравнения ранитидин вводилась профилактически за 1 час до воздействия повреждающих агентов в 3-х дозах 10, 15 и 30 мг/кг. Для анализа глубины язвенной альтерации проводился расчёт индекса изъязвления, отражающего процент частоты животных с язвами и степень дистрофических нарушений в желудке.

Результаты и их обсуждение. В патогенезе острого ulcerогенеза наблюдается дисбаланс между агрессивными и защитными факторами слизистой оболочки желудка. Основными агрессивными факторами являются: гиперацидность желудочного

сока, пепсин, ишемия желудочной стенки, хеликобактерная контаминация, прием нестероидных противовоспалительных препаратов, расстройство нервной и гуморальной регуляции. Учитывая полиэтиологичность развития язвенного процесса, изучение потенциальных противоязвенных препаратов необходимо проводить на моделях с различными патогенетическими механизмами ульцерогенеза.

При моделировании хеликобактероподобного повреждения в группах животных, получавших ГЛФ РУ-64 в дозах 10, 15 и 30 мг/кг, зафиксировано уменьшение относительно контроля индекса изъязвления на 54%, 63% и 78% соответственно. В группах препарата сравнения ранитидина, применяемого в аналогичных дозах, индекс изъязвления относительно контроля снижался на 50%, 54% и 66% соответственно. На модели этанол-преднизолонового ульцерогенеза на фоне применения ГЛФ РУ-64 в дозах 10, 15 и 30 мг/кг индекс изъязвления слизистой снижался на 74%, 86% и 91% соответственно. В группах, получавших ранитидин по аналогичной схеме, снижение индекса изъязвления составило 38%, 39% и 44% соответственно.

Заключение. Исследуемая ГЛФ РУ-64 оказывает выраженное противоязвенное действие на моделях хеликобактероподобного и этанол-преднизолонового ульцерогенеза. Полученные результаты позволяют предположить наличие нескольких фармакологических механизмов у изучаемой лекарственной формы. Это создает предпосылки для дальнейшего изучения на альтернативных моделях ульцерогенеза с целью создания лекарственного препарата, эффективного в отношении нескольких патогенетических механизмов повреждения слизистой желудка.

¹Авакян А.А., ¹Огай М.А., ²Ахмедов Ф.А.,
³Ахмедова М.А., ⁴Джалолова З.

РАЗРАБОТКА И ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕДЕНЦОВ, СОДЕРЖАЩИХ СПИРТО-ВОДНОЕ ИЗВЛЕЧЕНИЕ ИЗ ПЛОДОВ БОЯРЫШНИКА

¹Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Российская Федерация

²ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр Республики Таджикистан»»

³Кафедра эндокринологии ГОУ ИПОВ СЗ РТ

⁴МК «Истиклол»

Цель исследования. Разработка и исследование леденцов, содержащих спирто-водное извлечение из плодов боярышника.

Материал и методы исследования. Леденцы получали увариванием сахарного сиропа с патокой и формированием охлажденной карамельной массы. Оптическую плотность испытуемого и стандартного растворов измеряли на спектрофотометре СФ-2000 (ОКБ «Спектр», Россия) при длине волны 400 нм в кювете с толщиной рабочего слоя 10 мм. В качестве растворов сравнения использовали растворы, приготовленные аналогично испытуемому и стандартному раствору, но без добавления раствора алюминия хлорида.

Результаты и их обсуждение. В ГЛРС (государственный реестр лекарственных средств) имеются данные на следующие лекарственные формы, содержащие боярышник: сборы (содержат плоды, цветы), настойка, сухой экстракт из цветков и листьев

и применяются в комплексной терапии функциональных расстройств сердечной деятельности, кардиалгий. Анализ фармацевтического рынка не выявил наличия такой лекарственной формы, как леденцы, содержащие спирто-водное извлечение из плодов боярышника.

Леденцы получали из воды, сахара, патоки при нагревании до 140 °С до получения карамельной массы со своеобразным запахом и цветом. В качестве консерванта использовали лимонную кислоту и после остывания карамельной массы добавляли спирто-водное извлечение из плодов боярышника.

Содержание суммы флавоноидов в пересчете на гиперозид в миллиграммах на 1 леденец составило $0,185 \pm 0,003$ мг/леденец.

Заключение. Таким образом, среднее содержание суммы флавоноидов в пересчете на гиперозид в леденцах со спирто-водным извлечением из плодов боярышника составило $0,185 \pm 0,003$ мг/леденец.

Азимзода С.М., Алимова Н.А., Мамонов А.Н., Хаджаева З.Ш.

ВОПРОСЫ ЭЛИМИНАЦИИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Кафедра гастроэнтерологии и диетологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучение проблем элиминации вирусных гепатитов В и С в Таджикистане.

Материал и методы исследования. Основная цель борьбы против вирусных гепатитов - путь через подавление репликации к элиминации вируса. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), 194 стран мира приняли программу по элиминации вирусных гепатитов к 2030 году через сокращения количество новых случаев заражения на 96% и количество случаев смерти от него на 65%. В настоящее время в Таджикистане для достижения целей элиминации и совершенствования медицинской помощи в этом направлении ведется работа по созданию национальной программы по противодействию вирусным гепатитам с разработкой плана действий и дорожной карты.

Для достижения целей элиминации значимую роль играет ранняя диагностика и своевременное лечение больных.

Одним из основных принципов элиминации является принцип децентрализации, т.е.

равный доступ населения к тестированию, диагностике и лечению вирусных гепатитов. Для достижения данной цели в Таджикистане в г. Душанбе с 2015 года функционировал центр по профилактике вирусных гепатитов, где проводился тестирование населения, лечение и профилактика путем вакцинации взрослого населения. Во многих регионах республики открыты лаборатории данного центра по определению маркеров вирусных гепатитов.

Правительством Республики Таджикистан, Министерством здравоохранения и социальной защиты населения РТ принято решение об обязательном тестировании на вирусные гепатиты беременных женщин, молодоженов перед вступлением в брак, перед любыми медицинскими вмешательствами (посещение стоматологов, хирургов, доноров крови), ВИЧ-инфицированных, медицинских работников и др., а также центр занимается вакцинацией против гепатита В среди взрослого населения республики, что является важным инструментом для элиминации вирусных гепатитов.

Всем больным выставлен диагноз на основании протокола обследования, который включал:

- сбор демографических данных: пол, рост, масса тела (МТ) с последующим расчетом индекса МТ (ИМТ);

- сбор информации о профессиональной занятости (рабочие, служащие, пенсионеры, инвалиды, домохозяйки, учащиеся, работники здравоохранения, деятели науки или культуры, предприниматели, работники образования, военные и прочие);

- вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем, характер питания, лекарственный анамнез (прием каких-либо лекарственных препаратов, фитопрепаратов);

- лабораторные исследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови (аланинаминотрансфераза - АлАт, аспартатаминотрансфераза - АсАт, общий билирубин, прямой билирубин, гаммаглутамилтранспептидаза - ГГТП, щелочная фосфатаза - ЩФ, триглицериды - ТГ, аммоний в крови, К и Na в крови, общий холестерин — ОХС, глюкоза), маркеры вирусных гепатитов anti HCV, NS3, NS5, HBsAg, HDV и др.

- ПЦР диагностика вирусных гепатитов ДНК ВГВ, РНК ВГС и HDV (количественные анализы);

- УЗИ диагностика с пункционной биопсией печени (золотой стандарт диагностики состояния печени);

- Компьютерная и магнитно-резонансная томографии (по показаниям);

- эластография печени – Фиброскан FIBROSCAN 505 TOUCH.

В лечении хронических гепатитов гепатологи всего мира руководствуются рекомендациями 3-х организаций: EASL (Европейская ассоциация по изучению печени), AASLD (Американская ассоциация по исследованию болезней печени) и Всемирной Организации Здравоохранения. Нами разработаны и утверждены МЗиСЗН РТ клинические протоколы по диагностике и лечению хронических вирусных гепатитов, которые широко применяются при диагностике и лечении во всех медицинских учреждениях республики, занимающиеся диагностикой и лечением данного заболевания.

В институте разработан регистр больных вирусными гепатитами, где более 4600 больных находятся под наблюдением и лечением.

Используется пангенотипная схема лечения вирусного гепатита С: когда одна таблетка, одна комбинация препаратов может вылечить все типы вирусов (софосбувир с даклатасвиром в течении 3-х – 6-и месяцев).

В 2020-2021 годы была проведена противовирусная терапия 204 больным с вирусными гепатитами В и С, из них 104 больных с гепатитом В и 100 больных с гепатитом С, мужчин 124, женщин 84, средний возраст больных составлял от 18 до 67 лет.

Лечение больных с вирусными гепатитами проводился таблетированными препаратами прямого противовирусного действия (ПППД), такими как тенофовир 300 мг – в течение от 6 месяцев до одного года, софосбувир – 400 мг + велпатасвир 100 мг – в течение 3-6 месяцев (производство Индии). Препараты были предоставлены больным на основании программы МЗиСЗН РТ с целью оказания помощи больным с хроническими вирусными гепатитами для социально уязвимых слоев населения, для инвалидов, малоимущих и др.

Результаты и их обсуждение. При генетическом анализе вируса гепатита В в Таджикистане выявлены 3 его генотипа: А (28,2%), В (7,5%), D (57,5%), а в 4,8% случаев наблюдалось одновременное обнаружение двух генотипов: А и D; В и D. Высокая частота одновременного инфицирования двумя генотипами может быть обусловлена высокой эндемичностью региона и, как следствие, высокой вероятности повторного заражения. Хронический гепатит В в Таджикистане представлен преимущественно HBeAg-негативным вариантом (71,8%). Меньше всего (28,2%) выявляется HBeAg- позитивный вариант хронического гепатита В. Гепатит С представлен 4-мя генотипами 1b, 2a, 2b и 3a. Высокая распространенность генотипа 1b, наблюдается в г. Душанбе, в Согдийской и Хатлонской областях – 60% и 61% соответственно. Генотипы 2a, 2b составляют 9% и 12%, генотип 3a - 24%.

Полученные результаты лечения показали высокую эффективность представленных препаратов ПППД при лечении хронических гепатитов вирусной В и С инфекции. У 78% больных с вирусным гепатитом В, получавших противовирусные препараты в течении 3 - 6 месяцев, и 25% из них - до года, наблюдалось подавление репликации вируса, улучшение биохимических показателей и снижение степени фиброза печени. У 14% больных наблюдалась полная элиминация вируса, у 8% из них не было ответа на лечение. У 83% больных с хроническим вирусным гепатитом С, принимавшие терапию в течение 3-х месяцев, у 12% больных – в течение 6 месяцев (с явлениями перехода в цирроз печени) и у остальных 5% - отсутствие ответа на лечение, что потребовало повторного

проведения ПЦР диагностики и назначения других противовирусных препаратов.

Среди наблюдаемых больных только 2% имели возможность для проведения длительной терапии (от 1-го года до 3-х лет). Результаты повторных исследований вирусной нагрузки показали стойкий отрицательный вирусологический ответ (авиремия) на проводимую терапию, а также не выявлено не единого случая присоединения вируса гепатита Д к вирусу гепатита В, т.е. (наличия ко- или суперинфекции).

На длительность терапии важную роль оказывают ограничения финансовых воз-

можностей пациента, ограничение доступа к диагностике и лечению, низкий охват населения отдаленных и приграничных районов страны к тестированию, выезд больных за пределы страны. Также имеют значение показатели комплиентности, особенно среди больных старших возрастных групп, и многие другие факторы.

Заключение. Таким образом, элиминация вирусных гепатитов - достижимая цель, требующая совместных усилий не только врачей и представителей системы здравоохранения, но и правительства и соответствующих структур страны.

Акбарова М.М., Джураев М.Н.

ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ГАЛОТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Кафедра аллергологии и иммунологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучение влияния галотерапии на состояние больных с бронхиальной астмой.

Материал и методы исследований. В отделение аллергологии и иммунологии за последние 2 года госпитализировано 325 человек взрослых, из них мужчин 55 и женщин 275, которые составили 30% из всех больных с бронхиальной астмой, 204 больных с астматическим бронхитом, что составило 20,3% из всех госпитализированных аллергических больных.

Всем больным проведено комплексное клиническое обследование, R-графия грудной клетки, ЭКГ, ФВД, проводились тесты на лекарства по показаниям, все больные с бронхиальной астмой получали базисную терапию бронхиальной астмы.

Всем больным с бронхиальной астмой в межприступный период был предложен метод галотерапии (соляная комната), которая была организована на первом этаже Национального диагностического учебно-лечебного

центра. 238 человек прошли галотерапию. Всего больные получали по 5-10 сеансов по 10-20 минут.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенных сеансов галотерапии у 238 человек, что составляет 73,2% общего числа больных астмой, отмечался эффект от галотерапии. все положительно отзываются об этом методе лечения. Во время лечения, находясь в соляной комнате, они чувствовали облегчение в виде свободного дыхания и улучшение общего самочувствия.

Заключение. Анализ проведенной галотерапии у больных с бронхиальной астмой позволяет сделать вывод о том, что галотерапия стабилизирует кровообращение и повышает уровень гемоглобина, активизирует иммунную систему, улучшает общее самочувствие и стимулирует обменные процессы. Благоприятно влияет на психоэмоциональное состояние, самое главное, удлиняет межприступный период до 9 месяцев.

Акбарова М.М., Курбонова Р.Н.

ЛЕЧЕНИЕ ПОЛЛИНОЗОВ

Кафедра аллергологии и иммунологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучение результатов лечения поллинозов.

Материал и методы исследования. В отделениях аллергологии и иммунологии за последние 10 лет получили лечение 6365 тысяч больных с диагнозом "Поллиноз". При глубоком изучении этиологии и патогенеза заболевания пришли к заключению, что это заболевание затрагивает молодой возраст - от 18-20 лет и больше.

Результаты и их обсуждение. Анализ историй болезни показывает рост заболевания поллинозом, что связано, прежде всего, с озеленением городов и сельских местностей, и широким использованием в сельских местностях пестицидов. Начало заболевания совпадает с периодом цветения растений, трав, деревьев.

Имеются случаи семейного характера, т.е. болеют не один, а сразу несколько человек.

В отделении лечение больных проводили по разработанной схеме. В начале проводили кожно-скарификационные пробы, выявляли виновный аллерген и далее купировали острый период заболевания, затем проводили неспецифическую иммунотерапию гистоглобулином по схеме: начало 0,1 мм подкожно предплечья у детей и взрослых. Данная терапия проводится в течение 10 дней, особенно в зимнее время года.

Заключение. Проведенные неоднократные схемы лечения поллинозов во время ремиссии всем больным дали возможность 90% длительной ремиссии болезни, а в некоторых случаях - полное излечение от поллиноза.

Ахмеджонова М.Ш., Ахмедова М.М.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Оценить Эхо-КГ показатели у детей с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы исследования. На базе ГУ РНКЦПидХ МЗиСЗН РТ обследовано 52 ребенка в возрасте от 10 до 17 лет, из них 32 мальчика (61,5%) и 20 девочек (38,5%). Все дети были разделены на 2 группы: первую группу (основная) составили дети с АГ (n = 25), из них 18 мальчиков (72%) и 7 девочки (28%); во вторую группу (контрольную) вошли дети с АГ и избытком массы тела, ожирением (n = 27), из них 15 мальчиков (55,6%) и 12 девочек (44,4%).

Результаты и их обсуждение. При оценке систолической функции левого желудочка по данным эхокардиографии в контрольной группе отмечались более высокие значения ударного объема, толщины задней стенки левого желудочка в систолу, а также диаметра левого желудочка как в систолу, так и в диастолу, по

сравнению с данными основной группы. Выявлены межгрупповые различия значений структурных параметров, включающих фракцию выброса, фракцию укорочения, диаметр правого желудочка, толщину задней стенки левого желудочка в диастолу, у детей с АГ при сравнении с контрольной группой выявлено не было.

Заключение. Анализ гемодинамических показателей на основании эхо-кардиографического метода исследования у детей с АГ позволит учитывать их в качестве дополнительных диагностических критериев у пациентов с высоким уровнем факторов риска атеросклероза, угрожаемых по развитию артериальной гипертензии. Эхокардиография является высокочувствительным методом оценки состояния сердца, позволяющим выявлять ранние структурно-функциональные изменения миокарда и анализировать их динамику в процессе наблюдения и лечения.

Ахмеджонова М.Ш., Ахмедова М.М.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ТРЕХСТВОРЧАТОГО КЛАПАНА - АНОМАЛИЯ ЭБШТЕЙНА

ГУ «Республиканского научно-клинического центра педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Оптимизация методов ультразвуковой диагностики аномалии Эбштейна у детей.

Материал и метод исследования. В исследование вошли 5 детей, обследованных в отделении функциональной диагностики на базе ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ.

Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате TOSHIBA XARIO секторным датчиком. Возраст детей варьировал от 2 до 16 лет, двое детей 2-летнего возраста, остальные – 7-, 8- и 16-летние.

Родители отмечали у детей быструю усталость и утомляемость, одышку, цианоз губ и пальцев, боли в области сердца, периодические приступы сердцебиения. При незначительных гемодинамических нарушениях морфофункциональное нарушение может протекать бессимптомно, поэтому часто это заболевание является диагностической находкой.

Результаты и их обсуждение. Характерной особенностью аномалии Эбштейна является смещение септальной створки трикуспидального клапана ниже фиброзного кольца к верхушке желудочка. Степень смещения бывает различной - от 0,5 до 3 см. Вследствие такого смещения часть правого желудочка выполняет функцию правого предсердия, т.е. происходит «атриализация» правого желудочка, а сам ПЖ, соответственно, оказывается меньше, чем бывает в норме.

Клинические проявления аномалии Эбштейна отличаются вариабельностью. Степень сердечной недостаточности и ее

выраженность варьируют в зависимости от выраженности атриализации правого желудочка. Манифестация порока сердца у наблюдавшихся нами детей 7- и 8-летнего возраста развивалась умеренно, клиническая картина в этих случаях сводилась к тахикардии, расширению границ сердца. В 16-летнем возрасте отмечались крайние проявления данной аномалии, роль ПЖ выполнял только его выходной тракт, а остальная часть оказывалась полностью «атриализованной». Миокард «атриализованной» части ПЖ был истончен. Задняя и септальные створки были сращены с эндокардом ПЖ, что приводит к смещению трехстворчатого клапана. Из-за деформации трехстворчатого клапана отмечалась его недостаточность, но иногда в результате сращения створок может наблюдаться стеноз трехстворчатого клапана. Определяется оскудение легочного кровотока за счет недостаточности трехстворчатого клапана, функционально маленького ПЖ и обструкции выходного тракта ПЖ.

У 2-летних детей с аномалией Эбштейна особых симптомов не выявлено, клинические проявления этой аномалии зависят от выраженности морфологических изменений и ассоциированных пороков развития сердца.

Заключение. Эхокардиография – неинвазивный метод выбора в диагностике аномалии Эбштейна. Ультразвуковое исследование позволяет выявить степень смещения створок, функцию желудочков сердца, наличие дополнительных пороков. Выявление морфологических деталей аномалии Эбштейна – главное условие определения тактики ведения пациента.

Ахмедова М.А., Мирахмедова М.А., Джалолова З.

РЕЗУЛЬТАТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра эндокринологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Оценить результаты гравидограммы и ультразвуковой фетометрии у беременных женщин с алиментарным ожирением.

Материал и методы исследования. Всего обследовано 136 пациенток, из них 106 беременных женщин с ожирением (основная группа). Данная группа, в свою очередь, разделена

на три подгруппы: с ожирением - 41 пациентка, ожирение + преэклампсия - 35 пациенток; ожирение + инсулинорезистентность - 30 пациенток. Контрольная группа сформирована из числа здоровых беременных - 30 человек.

Результаты полученных данных обработаны методом вариационной и описательной статистики с использованием критериев

Стьюдента, ранговых U-критериев Манна-Уитни. При сравнении совокупностей по качественным признакам применяли анализ с использованием хи-квадрат, при необходимости - с поправкой Йетса.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что среди обследованных участниц основной группы каждая четвертая женщина была первобеременной - 24,5%, повторнобеременные составили 44,3% (каждая вторая) и многорожавшие составили 39,6%.

Среди исследуемых групп в структуре и по частоте экстрагенитальной патологии преобладали анемии - 65,2% (анемия легкой степени - 50,1%, средней степени - 15,1%), заболевания мочевыделительной системы (41,5%) и йододефицитные заболевания (38,6%). У каждой второй беременной женщины с ожирением и преэклампсией наблюдалось экстрагенитальная патология.

Анализ течения настоящей беременности среди основной группы показал, что рвота беременных наблюдалась у 64 (60,4±4,7%), угроза прерывания беременности - у 41 (38,6±4,7%), умеренная преэклампсия - у 27 (25,4±4,2%), тяжелая преэклампсия - у 12 (11,3±3,0%). Маловодие достоверно чаще также наблюдалось среди основной группы ($p < 0,05$) - у 31 (29,2±4,4%), по сравнению с контрольной группой - 2 (6,66±4,5), многоводие наблюдалось у 22 (20,7±3,9%) пациенток.

Для проведения оценки внутриутробного роста плода у беременных женщин с алиментарным ожирением были проведены исследования методами измерения высоты стояния дна матки - гравидограмма, начиная с 20 недель беременности, УЗИ-фетометрия - с 26 недель и доплерометрия в сроке 21-27, 28-36 и 37-40 недель беременности.

Гравидограмма проводилась на антенатальном уровне с целью своевременного прогнозирования задержки развития плода и выявления макросомии. При подозрении на внутриутробную задержку развития плода беременные направлялись на госпитализацию на третичный уровень для проведения ультразвукового биометрии плода и уточнения диагноза.

Внутриутробная задержка развития плода была выявлена у 27 (25,4%) пациенток: в группе беременных женщин с ожирением - у 9 (21,9±7,0), в группе беременных женщин с ожирением и преэклампсией - у 14 (40,0±8,2) и в группе беременных женщин с ожирением и инсулинорезистентностью - у 4 (13,3±6,2). По результатам исследования видно, что СЗРП плода достоверно чаще встречалось в группе беременных женщин с ожирением и ПЭ ($p < 0,05$).

Крупный плод зарегистрирован у каждого шестого новорожденного в основной группе - 15 (14,1%). Крупный плод чаще всего наблюдался в группе женщин с ожирением и инсулинорезистентностью - 33,3±8,6%. В группе женщин с ожирением данный показатель составил - (9,75±4,6), тогда как в группе женщин с ожирением и преэклампсией выявлен только 1 случай - (2,85±2,8).

Также с целью оценки внутриутробного развития плода среди обследуемых групп была проведена ультразвуковая фетометрия, которая включала общепринятые методы измерения бипариентального размера головки, лобно-затылочного размера, диаметра живота, длины бедренной кости. Ультразвуковая фетометрия проводилась в сроке беременности от 28 до 36 недель. Результаты исследования показали, что в группе женщин с ожирением и преэклампсией отмечено отставание бипариентального размера головки плода - 74,57±0,89 и длины бедер - 58,6±0,24, по сравнению с группой сравнения - 79,44±0,74 и 61,5±0,76 соответственно ($p < 0,01$). В группе женщин с ожирением и инсулинорезистентностью отмечено преобладание показателя бипариентального размера головки плода по отношению группы сравнения ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, по результатам проведенных исследований выяснилось, что снижение фетометрических показателей наиболее часто отмечается у женщин с ожирением в сочетании с преэклампсией, а преобладание показателей наблюдается у беременных с ожирением и инсулинорезистентностью.

Ахмедова Х.С.

ЛЕГОЧНЫЙ ФИБРОЗ КАК ПОСЛЕДСТВИЕ COVID-19

Министерство здравоохранения и социальной защиты населения РТ

Цель исследования. Проведение анализа доступных публикаций касательно проблемы фиброза легких у больных, переболевших коронавирусной инфекцией.

Результаты и их обсуждение. В ходе литературного обзора был проведен анализ научных статей, опубликованных на русском и английском языках, посвященных фиброзу, как осложнению, возникающему после перенесенной инфекции COVID-19. Были рассмотрены вопросы частоты, клинических проявлений, инструментальных методов диагностики и методов лечения данного осложнения.

Результаты и их обсуждение. Пандемия, вызванная SARS-CoV-2, затронула более 600 млн. человек и стала причиной смерти около 7 млн. Однако отдельные эпидемиологические исследования, а также сложности в диагностике и лечении постковидного синдрома указывают на его высокую актуальность. Термин «долгий COVID» (Long COVID) был введен пациентами и закрепился в традиционных СМИ и социальных сетях.

ВОЗ в 2021 году внесла дополнения в Международный классификатор болезней, травм и причин смерти МКБ-10: постковидный синдром, который возникает у лиц после коронавирусной инфекции с подтвержденным заражением SARS-CoV-2 либо у лиц с подозрением на коронавирусную инфекцию, обычно через 3 месяца после начала COVID-19, с симптомами, которые длятся не менее 2 месяцев и не могут быть объяснены альтернативным диагнозом. Термин «долгий ковид» включает период симптоматики от 4-х недель и более. Некоторые исследователи разделяют постковидный синдром и лонг-ковид, считая первый осложнениями излеченного COVID-19, а второй – хронической персистенцией вируса в организме. Фиброз легких (ФЛ) является одним из проявлений постковидного синдрома. Фиброз легких является серьезным заболеванием, которое может развиваться как после пролеченного COVID-19, так и являться его осложнением.

Он характеризуется накоплением соединительной ткани в легких, что может приводить к ухудшению функции органа и прогрессированию заболевания.

По данным опубликованных работ, частота возникновения фиброза легких у пациентов с COVID-19 ещё точно не установлена, хотя некоторые доступные публикации приводят очень широкие вариации - от 4% до 80%. Анализ девяти публикаций за последние годы показал, что частота фиброза как последствия КОВИД составила в среднем около 54%.

Большинство публикаций показывают, что пациенты с тяжелыми формами COVID-19 или нуждавшиеся в механической вентиляции во время болезни могут быть подвержены повышенному риску развития фиброза легких. По данным опубликованных работ, факторами, предсказывающими развитие легочной фиброза при COVID-19 инфекции, являются пожилой возраст, тяжесть заболевания, продолжительность пребывания в отделении интенсивной терапии/реанимации и использование искусственной вентиляции легких, курение и хроническое злоупотребление алкоголем.

Некоторые исследования показали, что у пациентов с тяжелой формой COVID-19 риск развития фиброза легких значительно выше, чем у пациентов с легкой формой заболевания. Также продолжается изучение влияние других факторов, таких как возраст, наличие сопутствующих заболеваний, на развитие фиброза легких.

Важной задачей остается разработка диагностических критериев фиброза легких, ассоциированного с COVID-19. Это позволит выявлять эту патологию и начинать лечение на ранних стадиях его развития.

Заключение. В настоящее время отсутствуют клинические рекомендации по лечению ФЛ у больных с постковидным синдромом, сохраняется сдержанное отношение к гормональной и антифибротической терапии.

¹Ахунова Н.Т., ¹Холова З.У., ²Меликова Н.А.

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА И КЛИМАТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

Цель исследования. Изучение взаимосвязи дебюта СКВ и показателей температуры в разных регионах Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. В исследование вошли 60 больных СКВ: 58 женщин (97%), 2 мужчин (3%), находившихся на стационарном лечении с 2019 по 2022 гг. на базе ревматологического отделения НМЦ РТ «Шифобахш». Все больные были жителями из числа коренного населения.

Диагноз СКВ был выставлен на основании клинических проявлений и данных лабораторных исследований.

Для подтверждения диагноза требовалось не менее 4 из 11 критериев ACR (1997) и критерии SLICC (2012), согласно которым для установления диагноза СКВ должно быть 4 критерия, один из которых – иммунологический (АНФ, волчаночный антикоагулянт, ИЛ6).

Активность болезни оценивалась с помощью шкалы SELENA-SLEDAI, основу которой составляет шкала SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index, 1992).

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации в соответствии со специально разработанной исследовательской картой, включающей демографические, анамнестические, клинические, лабораторные и инструментальные параметры.

Начало болезни определялось в момент появления симптоматики, которая достоверно могла быть связана с СКВ.

В исследованных регионах среди пациентов преобладали лица женского пола, проживающие в сельской местности, занимающиеся домашним хозяйством, в основном со средним образованием. По течению превалировало хроническое и подострое течение болезни. Разница болезни в начале заболевания ($22,0 \pm 3,2$ лет) и в момент установления диагноза ($26,2 \pm 4,3$ лет) составила в среднем $2,1 \pm 0,5$ год, что указывает на необходимость улучшения осведомленности об особенностях течения СКВ как среди населения, так и среди врачей. Оценка степени неблагоприятного влияния климатических факторов во время дебюта СКВ проводилась с учетом основных показателей эквивалентно-эффективной температуры (ЭЭТ) - по значениям средней месячной температуры, влажности воздуха и уровню комфорта. Для оценки уровня комфорта была использована таблица, где характеризуется 11 групп чувствительности по 6-градусным ступеням температуры. Для изучения степени влияния климатических и погодных факторов учиты-

вались данные анамнеза пациентов и особое внимание придавалось к оценке взаимосвязи первых симптомов с инсоляцией или переохлаждением.

Считаем целесообразным начать изложение с описания климато-географической обстановки в регионах, где проводилось исследование. Климат большей части указанных областей республики Таджикистан резко континентальный, что выражается в резких колебаниях дневных и ночных, летних и зимних температур. Природа засушливая, атмосферных осадков выпадает мало, низкая относительная влажность воздуха. Продолжительность дня летом составляет примерно 14 часов, зимой - не менее девяти. Самые холодные месяцы – январь – февраль, когда температура на севере опускается до -15 градусов мороза и ниже, а на крайнем юге она бывает плюсовая. Абсолютный минимум зимних температур $35-38$ градусов ниже нуля. Самый жаркий месяц - июль, а в горных районах июль-август. Средняя температура в этот период на равнинах и предгорьях составляет $25-30$ градусов тепла, а на юге она доходит до $41-42$ градусов.

Результаты и их обсуждение. При анализе начала заболевания в зависимости от времени года установлено, что дебют СКВ учащается в середине и конце весны (апрель, май), в начале и середине лета (июнь, июль)

В целом, весной СКВ дебютировала у 26,8% пациентов, летом - у 34,6%. В наших наблюдениях 48,2% больных СКВ свое заболевание связывали с самым неблагоприятным фактором климата - с инсоляцией. У 16,8% пациентов начало заболевания было связано с переохлаждением (особенно ночью, когда наблюдается резкое снижение температуры). По данным анамнеза, у обследованных нами пациентов средняя продолжительность СКВ составила $36,2 \pm 2,4$ месяцев, при этом начало заболевания наблюдалось в период 2018-2021 гг. В зимние месяцы указанных годов уровень комфортабельности погоды в 74,2 случаях был оценен как прохладная, в 32,0% - как умеренно прохладная и в 14,3% - как комфортная (умеренно теплая). В начале весны (март) уровень комфорта погоды соответствовал умеренно теплоте (комфортной, 100%), в апреле - комфортно теплоте (48,2%) и умеренно теплоте (62,3%), в мае - умеренно теплой погоде (80,0%) и сильной тепловой нагрузке (42,0%). У основного числа больных дебют СКВ наблюдался в летние месяцы. Средняя температура в летние месяцы была самой высокой и не имела больших частотных колебаний. Наименьшая среднемесячная

температура регистрировалась в июне 2019 года и составила $38,2 \pm 0,8$ градусов (Районы республиканского подчинения), наибольшая - в июле 2019 года и составила $42,9 \pm 0,5$ градусов (Хатлонская область). В летние периоды из-за жаркой погоды наблюдалась снижение среднегодовых значений влажности воздуха. По значениям температуры и влажности воздуха уровень комфорта за весь летний период был обозначен как сильная тепловая нагрузка, а степень неблагоприятного влияния климата как средней и тяжелой степени (4-5 балла). Из всех пациентов, у которых дебют СКВ наблюдался в осенние месяцы, у 32,4% больных не было установлено неблагоприятное влияние климата (0 балл), у 40,4% больных влияние климата было умеренным (2 балл), у 28,2% больных - выраженным (3 балла), лишь у 10,8% больных - очень выраженной степени (4 балла). В целом, у 27,6% пациентов с СКВ во время дебюта заболевания не было отмечено неблагоприятного влияния климата (или небольшое легкое влияние). В 16,8% случаях во время начала СКВ отрицательное влияние климатических факторов на организм было умеренным (2 балла), в 22,0% случаях - выраженным и в 44,0% случаях - сильно выраженным.

По данным анамнеза, кроме аномальных жарких дней в конце весны и летом, факторами ухудшения общего состояния больных явились потепление зимой, отсутствие «осен-

них и весенних дождливых дней», «снежных зимних дней» и резкие изменениям температуры в течение короткого времени.

Заключение. Таким образом, в РРП, Хатлонской области в дебюте СКВ в 65,8% случаях имело место влияние климатических факторов, в 62,0% случаях выраженной и сильно-выраженной степеней. Дебют СКВ наиболее часто наблюдается в конце весны, в начале и середине лета. Частота дебюта СКВ весной составляет 28,6%, летом - 36,2%. Зимой и осенью СКВ начинается реже (22,2% и 16,3%). Согласно климатической классификации, выраженная и сильно выраженная тепловая нагрузка в летний период (56,2%), прохладная, умеренно прохладная погода в зимний период (2,6%) являются основными климатическими факторами риска СКВ. Исходя из особенностей региональных климатических проблем СКВ, для профилактики заболевания необходимым является предупреждение инсоляции и фотосенсибилизации. В летний период особенно рекомендуются ношение солнцезащитных средств - темных очков, шляпы, белых косынок, просторной светлой одежды, не пропускающих ультрафиолетовых лучей. Предлагаются прогулки в тени деревьев, когда солнце не слишком активно - до 8 часов утра и после 18 часов, соблюдение питьевого режима, особенно прием большого количества (до 3 литров) кипяченой теплой воды.

Бойбобоев А.А., Шарипов Н.А., Камолов И.К.

СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Кафедра психиатрии и наркологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Определение клинических критериев недееспособности лиц, перенесших травму головы.

Материал и методы исследования. Нами клинико-психопатологически изучены 30 испытуемых, направленных по решению суда на судебно-психиатрическую экспертизу (СПЭ) для определения их дееспособности.

Результаты и их обсуждение. В процессе производства СПЭ 14 испытуемых были признаны недееспособными, 16 - дееспособными. В группе испытуемых, признанных недееспособными, у 10 преобладающим

явился синдром органического слабоумия, у 4 - параноидный синдром. В группе испытуемых, признанных дееспособными, у 6 отмечена травматическая энцефалопатия, у 4 - травматическая астения и у 2 - симптоматическая эпилепсия.

Все испытуемые были направлены судом на СПЭ в связи с гражданским делом, в том числе 19 испытуемых для решения вопроса опекунов, 6 - в связи с разделом имущества и 5 - в связи с вопросом расторжения брака.

Среди лиц, признанных недееспособными в связи с сформировавшимся органическим слабоумием (10 больных), у 6

установлено лакунарное и у 4 - тотальное органическое слабоумие. Деменция у этих испытуемых клинически проявлялась частичным или полным отсутствием критики к своему поведению, снижением процесса осмысливания, частым и спонтанным колебанием настроения, злобностью и повышенной утомляемостью. В то же время у некоторых из них поведение в повседневной жизни носило относительно упорядоченный характер. Сравнительно правильное поведение в привычной для них среде и возникновение явлений неуверенности, растерянности, злобности, утомляемости в непривычных условиях создавали трудности в плане оценки тяжести нарушения интеллекта.

Исследование показало, что умение использовать приобретенные навыки и знания в привычной обстановке легко нарушаются в незнакомой ситуации, в связи с чем обнаруживается полная несостоятельность испытуемых в плане принятия адекватного решения, являющегося критерием недееспособности.

Что касается испытуемых с параноидным синдромом, установлено, что при сохранности приобретенных в прошлом привычек, навыков и знаний, правильной ориентировки в конкретных житейских вопросах, абстрактные понятия остаются недоступными, испытуемые не могли осмысливать задаваемые вопросы и сложившуюся ситуацию, терялись в незнакомой обстановке. Это указывало на расстройство критики и мышления, соответственно, они не могли руководить своими проступками и были признаны недееспособными.

Заключение. Таким образом, данное исследование показало, что посттравматические изменения психики не всегда приводят к формированию органического слабоумия, следовательно, к недееспособности. Однако в некоторых исследованных случаях даже легкие травмы головного мозга в зависимости от вторичных сосудистых нарушений явились причиной необратимых психических расстройств, достигших степени слабоумия или развития бредовых синдромов.

Гайратова И.Б., Кабирзода Р.Х., Акабировва З.Т.

ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КАРДИАЛЬНЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

¹ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

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

Цель исследования. Выявить клинические и лабораторные предикторы неблагоприятных кардиальных событий (КС) после стентирования коронарных артерий.

Материал и методы исследования. В проспективное исследование «случай-контроль» были включены 94 пациента с документированными поражениями коронарного русла, требующими проведения ЧКВ с имплантацией стентов с лекарственным покрытием. Все пациенты находились на двойной антиагрегантной терапии ацетилсалициловой кислотой и клопидогрелом.

Оценивались различные клинические характеристики и лабораторные биомаркеры до проведения ЧКВ. Комбинированная конечная точка включала в себя «большие кардиальные

события» (смерть, нефатальный инфаркт миокарда, реваскуляризация целевого сосуда, инсульт, тромбоз стента), а также возврат стенокардии и in-stent рестеноз. Средний период наблюдения составил 28,2 мес ($\pm 15,5$ мес).

Результаты и их обсуждение. Неблагоприятные КС были зарегистрированы у 23 пациентов. По данным однофакторного регрессионного анализа установлено, что сахарный диабет ($p=0,049$), число стентированных артерий более 2-х ($p=0,01$), число имплантированных стентов более 2-х ($p=0,01$), исходный уровень ингибитора активатора плазминогена-1 (РАИ-1) ($p=0,03$) и активность фактора фон Виллебранда (ФВ) ($p=0,01$) являются предикторами развития неблагоприятных КС после планового ЧКВ с имплантаци-

ей стентов с лекарственным покрытием. По данным многофакторного анализа, независимыми предикторами КС после ЧКВ явились сопутствующий сахарный диабет, уровень PRU (по данным VerifyNow®) ≥ 202 , исходный уровень PAI-1 $\geq 75,95$ нг/мл и активности ФВ в плазме $\geq 155,15\%$. Другие включенные в анализ факторы не показали достоверного независимого влияния на исходы после ЧКВ.

Заключение. Сопутствующий сахарный диабет, высокая реактивность тромбоцитов (по данным VerifyNow®), а также значения исходного уровня PAI-1 и активности фактора фон Виллебранда являются независимыми предикторами неблагоприятных кардиальных событий после проведения ЧКВ с имплантацией стентов с лекарственным покрытием.

Гайратова И.Б., Раджабова Г.М., Акабировова З.Т.

ОЦЕНКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

¹ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

²Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Представить клиническую и инструментальную характеристику течения ишемической болезни сердца в ассоциации с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили 174 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС), которые соответствовали критерию отбора. На каждого пациента заполнялись данные в карту обследования – анамнез, текущие симптомы, проводилось полное клиническое обследование. Все больные в зависимости от наличия сахарного диабета (СД) были разделены на две группы: I группа – это больные с ИБС с СД 2 типа (n=65) и II группа – больные с ИБС без СД 2 типа (n=109).

Результаты и их обсуждение. Больные с ИБС в ассоциации с СД 2 типа были старше ($65 \pm 10,5$ лет против $60,9 \pm 12,8$ лет) и составили 37,4% от общей группы. Среди факторов риска артериальная гипертензия (АГ), гиперхолестеринемия и ожирение занимают лидирующие позиции и в группе пациентов

ИБС и СД 2 типа встречались с частотой 78,5%, 52,3% и 33,8% против 66,9%, 37,6% и 12,8% соответственно в группе ИБС без СД 2 типа. Анализ вариантов течения ИБС в сравниваемых группах показал, что неангинозные или другие симптомы (одышка) чаще наблюдались у диабетиков (ИБС+СД 2 типа), по сравнению с недиабетиками. Результаты нагрузочных тестов, эхокардиографии (ЭхоКГ) и суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру в сравниваемых группах были на одинаковом уровне.

Заключение. Проведенное исследование показало, что больные с ИБС в ассоциации с СД 2 типа были старше и имели более высокий ИМТ, по сравнению с группой ИБС без СД 2 типа. Сердечно-сосудистые факторы риска, такие как ожирение, АГ и дислипидемия наиболее часто встречались у пациентов с ИБС с СД 2 типа, а по результатам ЭхоКГ и суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру значимых различий не было выявлено.

¹Давыдова В.В., ¹Степанова Э.Ф., ¹Огай М.А.,

²Ахмедов Ф. А., ³Ахмедова М.А.

РАЗРАБОТКА МИКРОКАПСУЛ И МИКРОГРАНУЛ НА БАЗЕ АНТИАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ СУБСТАНЦИИ

¹Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Российская Федерация

²ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр» Республики Таджикистан

³Кафедра эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Разработка модельных составов микрокапсул и микрогранул лоратадина, определяющих разную скорость высвобождения активной субстанции, и создание на их основе пролонгированных форм комбинированного состава.

Материал и методы исследования. Микрокапсулы получали методом диспергирования в системе несмешивающихся жидкостей, напылением в дражировочном котле. Микрогранулы получали методом влажного гранулирования с использованием водных и спиртовых растворов пролонгирующих полимеров и пленкообразующих покрытий, а твердые дисперсии (ТД) лоратадина - методом плавления. С целью определения пролонгирующих свойств полученные микрогранулы и микрокапсулы подвергали испытанию на тест ОФС 1.42.0014.15 «Растворение для твердых дозированных лекарственных форм». Количественное опре-

деление лоратадина в пробах проводилось методом спектрофотометрии.

Результаты и их обсуждение. Микрогранулы смеси лоратадина с лактозой, микрокристаллической целлюлозой (МКЦ), фосфатом кальция двузамещенным в соотношении 1:10 получали методом влажного гранулирования с использованием водных и спиртовых растворов пролонгирующих полимеров и пленкообразующих покрытий.

Кроме того, получены микрокапсулы следующими методами:

1. напылением пленкообразующих покрытий в дражировочном котле;
2. диспергированием в системе несмешивающихся жидкостей - 1 вид микрокапсул.

Заключение. Оптимальными параметрами по времени высвобождения субстанции обладали микрокапсулы, полученные из твердой дисперсии лоратадина.

¹Закирова К.А., ¹Зиёзда З.К., ²Махмудова Р.У.,
²Махмудова П.У., ²Шарипова М.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО МЕНИНГИТА

¹ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»
²ГУ «Республиканский центр защиты населения от туберкулеза»

Цель исследования. Изучить современные методы диагностики туберкулёзного менингита.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ за 2020 – 2022 гг. по данным ГУ «Национальный центр туберкулёза, пульмонологии и торакальной хирургии».

Нами ретроспективно изучены истории болезни 56 больных с ТМ по данным ликвора на наличие микобактерии ТБ методами микроскопии ликвора, исследование молекулярно-генетическими методами - Xpert MTB/RIF, который в течение 2-х часов определяет наличие МБТ в ликворе и одновременно определяет устойчивость выявленной МБТ на рифампицин; Хайн тест (Hain Lifescience - LPA MTB, sl) - выявляет МБТ и одномоментно определяет лекарственную устойчивость на рифампицин и изониазид и ППП 2 ряда в течение 48 часов; посев исследуемого материала на твердой и жидкой средах (Левенштейн-Йенсена, MGIT 960) с последующим проведением теста на лекарственную чув-

ствительность. Для ускорения диагностики ТБ некоторые крупные районы, городские, областные Центры защит от ТБ обеспечены молекулярно-генетическими аппаратом - Xpert ULTRAMTB/RIF, который в течение 1-го часа определяет наличие МБТ в ликворе или других патологических материалов.

Результаты и их обсуждение. Проблеме диагностики и лечения туберкулёзного менингита (ТМ) в наши дни нельзя считать решенной, даже при значительно возросшем арсенале диагностических и лечебных возможностей. Данное заболевание относится к остро прогрессирующим формам туберкулёза, летальность при котором составляет от 15% до 32,3%, что определяет социальную значимость заболевания. По данным литературы, в последние годы туберкулезный менингит встречается в 7-9% случаев от общего числа больных туберкулезом. Он может быть единственной локализацией туберкулезного процесса, но чаще (70-80% случаев) развивается при самых различных формах легочного

и внелегочного туберкулеза в разные фазы его развития и может протекать независимо от основного процесса в других органах.

Проблема туберкулёзного менингита - это проблема поздней диагностики и, как следствие, несвоевременно назначенной терапии, что приводит к неблагоприятным исходам в виде инвалидизации или смерти больных.

При диагностике ТМ учитываются характер начала заболевания, клиническое течение заболевания, состояние сознания, выраженность менингеальных симптомов, исследование глазного дна. Рентгено-томографическое исследование грудной клетки (отсутствие рентгенологических изменений не исключает туберкулёзную этиологию заболевания), КТ и МРТ головного мозга, при которых выявляется расширение желудочков мозга. ТМ подтверждается при спинномозговой пункции и исследовании ликвора.

Из 56 больных с ТМ в ликворе выявлено микобактерии ТБ (МБТ) молекулярно-генетическими методами - Xpert MTB/RIF - у

21 (37,5%), цитологическим методом подтверждено у 47%. Из 21 случая выявленных микобактерии ТБ лекарственную устойчивость на рифампицин и изониазид имели 11 (52,3%) больных. Из общего количество больных у 14 (25%) давление ликвора было высоким (по скорости вытекания струи жидкости), что свидетельствует о гипертензии ликвора (более 20 капель в минуту), у 97% ликвор был прозрачный у 3% - опалесцирующий, у 41 больного (73,2%) в ликворе количество клеток повышено от 88 до 200 и более. Содержание белка повышено до 0,8-1,5 г/л и выше (N 0,15-0,33 г/л) преимущественно за счёт глобулинов, отмечалось снижение содержания глюкозы у 89% больных (N 2,5-3,5 ммоль/л).

Заключение. Таким образом, в республике диагностика туберкулёзного менингита проводится на современном уровне, имеются необходимые аппаратура и оборудование, соответствующие мировым стандартам, для своевременного диагностики и эффективно лечения туберкулёза.

Зубайдова Т.М., Курбонов М.К., Урунова М.В., Ахмедова Н.Т.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАВЫ ТМИНА ОБЫКНОВЕННОГО В ДРЕВНЕ-ТРАДИЦИОННОЙ, НАРОДНОЙ И СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ВОСТОКА И ЗАПАДА

¹ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан» МЗиСЗН РТ

²Отдел фармакологии и токсикологии лекарств ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр» МЗиСЗН РТ

³Кафедра фармакологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Тмин обыкновенный (анис дикий, анис полевой, королек, тиман, тимон) – *Сагитсагвӣ* L. (карвиё, каровиё, зираирумӣ, зираи сиёҳ, кибрак, кибракдору, корав, кореб, кореба, сиёҳзира, шохзира) произрастает в Таджикистане.

Культивируется, как эфиромасличное растение. В древней медицине тмин широко применялся из-за его горячей и сухой природы. По описаниям Авиценны, тмин укрепляет внутренние органы, полезен при болезни нервов, болях в бедре, при параличе и разрыве мышц. Тмин очищает грудь и успокаивает кашель. Он эффективен при коликах кишечника, гельминтозе вместе с тыквенными семечками (при солитёре), а с вином - от болей в почках и при затрудненном мочеиспускании. Его дают пить от

камней в количестве двух дирхем (5,92 г) с отваром из коры и корней лаврового дерева. Тмин входит в состав глазных лекарств и порошков, которые обостряют зрение. Если поджарить семена тмина и сделать из них лекарственную повязку на выступающие почечуйные шишки, это их уничтожает. От тмина человек худеет. По описаниям Мухаммада Хусейна Шерози, тмин действует как ветрогонное, укрепляющее. Полезен при лечении бронхиальной астмы, сердцебиении, повышает секрецию желудка, аппетит, улучшает пищеварение, предотвращает рвоту, гонит мочу, устраняет боли в желудке. Если употреблять тмин с едой, то это укрепляет тело и дает поправку и полноту. Рекомендуемая доза до 3 дирхем (8,8 г). Согласно Мухаммаду-Хусейну, большие дозы тмина

несколько вредны для легких и почек; этот вред устраняет мед. В тибетской медицине тмин применялся в качестве противовоспалительного средства при лечении конъюнктивита и заболеваний пищеварительного тракта. В народной медицине Таджикистана плоды тмина в виде отвара применяются при гастрите, язве желудка и двенадцатиперстной кишки, также употребляют при тошноте. Кроме того, плоды тмина, так же как и зиру (*Beniumpersica L.*) под названием «коравдору» (корав-тмин, дору-лекарство), используют как средство, укрепляющее организм, добавляют как пряность к лепешкам, к блюдам - шурпо, плову и другим. Плоды тмина возбуждают аппетит, способствуют пищеварению, снимают болевые ощущения в области желудка, а также снижают процессы гниения и брожения в кишечнике, а также усиливают диурез, повышают секрецию молока, отделение слизи и мокроты. Широкое применение тмин находит в народной медицине, о чем свидетельствует мнение: «Кто ест тмин, у того не будет болей в ЖКТ». Отвар плодов тмина пьют при слабом пищеварении желудка, пониженной кислотности, назначают детям при диарее,

применяют при малокровии, назначают кормящим для стимуляции молока, при женских кровотечениях, а также как ветрогонное. Настой травы тмина применяют при кашле, заболеваниях органов дыхания, при рахите, диспепсии и как мочегонное, а отвар надземных частей растения считается ветрогонным, усиливающим перистальтику кишечника. В Западной Европе тминное масло находит применение при заболеваниях органов дыхания, рахите, спазмах и слабости желудка, диспепсии и энтеритах, аменорее и как мочегонное. В старых русских фармакопеех указывается на употребление плодов тмина, как возбуждающего средства при слабой деятельности кишечника, а также для получения тминного масла, тминной воды и тминного спирта. В современной медицине отвар из плодов и эфирное масло тмина применяются в качестве средства, повышающего секрецию пищеварительных желез, обладающего желчегонным, спазмолитическим, слабительным, ветрогонным действием. В научной медицине тмин применяется при атонии и болях в кишечнике, метеоризме и для усиления секреторной функции пищеварительных желез.

Зурбекова Ш.Р., Эшонкулова Г.Х., Махкамов К.К.

АСПЕКТЫ РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ В СРОКЕ ДО 34 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ И ИХ ИСХОДЫ

Кафедра неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение факторов риска преждевременных родов в сроке 28-34 недель гестации для оптимизации оказываемой им медицинской помощи.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на клинической базе кафедры неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ и ГУ «Городской родильный дом №1» города Душанбе.

Анализ некоторых факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на состояние плода, проведен на основании результатов обследования 325 карт историй развития матерей, выживших новорожденных детей, 196 карт историй развития матерей умерших детей.

Результаты и их обсуждение. Проблема охраны материнства и детства, а именно

совершенствование медицинской помощи недоношенным, родившимся в сроке до 34 недель гестации, является приоритетным направлением в системе здравоохранения. Это осуществимо при условии учета и профилактики возникающих неблагоприятных факторов беременности и родов, влияющих на течение неонатального периода и показатели смертности среди преждевременно родившихся детей. Профилактическим и лечебно-диагностическим мероприятиям у беременных с риском угрозы прерывания, а также родившимся преждевременно придается особое значение, поскольку одной из причин высокой смертности является неэффективная дородовая помощь, которая предусматривает, согласно современным

тенденциям, проведение вмешательств по продлению беременности и антенатальной подготовки легких плода, для улучшения исхода и предотвращения развития респираторного дистресс-синдрома. Смертность недоношенных в РТ остается высокой, особенно от дыхательных нарушений. Поэтому от правильно организованной помощи женщинам из группы высокого риска по невынашиванию беременности зависит дальнейшее развитие как плода, так и ребенка.

Поздний возраст беременной женщины является самостоятельным фактором риска неблагоприятного исхода, обусловленным рядом особенностей, возникающих в этом возрастном периоде (эндокринной функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и сосудистым обеспечением гестационного процесса). Выявлено, что средний возраст матерей выживших детей, родившихся менее 28 недель, у которых не проведена профилактика РДС либо она проведена частично выше $32,5 \pm 3,7$ лет и $35 \pm 4,1$ лет соответственно. Среди родивших с летальным исходом средний возраст был критическим только у получивших полную профилактику с родостимуляцией в группе до 28 недель гестации.

Одной из стратегий улучшения перинатальной помощи является раннее выявление и лечение женщин с риском преждевременных родов во время беременности. По нашим данным, большая часть матерей выживших детей доставлялись в родильные стационары своим ходом. При этом удельный вес среди женщин, поступивших самостоятельно и получивших неадекватную профилактику РДС (частичная и без нее), был наиболее значимым: 73,6% и 86,3% соответственно. Аналогичная картина наблюдалась и среди матерей умерших детей. Во всех обследованных группах преобладали повторнородящие, особенно среди беременных не получивших РДС (62,6%). Меньше всего их было среди родильниц, получивших стимуляцию родов. В то же время из числа первородящих подавляющее большинство составили первобеременные, особенно в группах, получивших полный курс профилактики РДС (в среднем 91,5%). По репродуктивным потерям и медицинским абортam также лидировала эта группа. Так, медицинский аборт в анамнезе был у 14,2%, получивших полный курс профилактики РДС, и 8,3% женщин, получивших полный курс профилактики РДС со стимуляцией. По-

казатели самопроизвольного прерывания беременности и мертворождения, свидетельствующие о соответствующем качестве состояния здоровья, были более высокими в этих группах обследованных - 17,9% и 16,6% женщин соответственно. Следует отметить, что самопроизвольные выкидыши и медицинские аборты были выявлены чаще (2,4 раза) у матерей, родивших детей массой тела менее 1500 г. Отмечена связь между указанием на преждевременные роды и наличием преждевременных родов в семейной истории и в анамнезе самой женщины во всех исследуемых группах. При этом больше всего на преждевременные роды в анамнезе указывали в группе матерей, получивших полный курс антенатальной кортикостероидной терапии (22,4% и 18,7%). Возможно, исходя из опыта предыдущих беременностей, этот контингент старался находиться под более тщательным контролем лечебных учреждений и, соответственно, получить необходимый объем медицинской помощи.

Течение родов протекало с осложнениями, создающими риск гипоксии плода (преэклампсия различной степени, длительный безводный период), выраженность которых (тяжелая эклампсия, безводный период более 18 часов) отмечалась больше среди умерших детей. Это также относилось и к аномалиям предлежания плаценты и преждевременной ее отслойки.

Таким образом, представленные результаты свидетельствуют о том, что наблюдаемые нами дети вынашивались в определенных неблагоприятных условиях, явившиеся причинами досрочного родоразрешения, а в случаях выраженности их проявлений - неблагоприятного исхода.

Заключение. Для снижения неблагоприятных перинатальных исходов преждевременно родившихся детей целесообразно совершенствование системы организации дородового наблюдения и ведения беременных с риском развития невынашивания плода.

Регионализация перинатальной помощи, обеспеченная утвержденным порядком организации, штатными нормативами и стандартами оснащения профильных служб, позволит совершенствованию системы отбора, организации транспортировки и последующей госпитализации беременных с риском и угрозой развития преждевременных родов.

Икромов Т.Ш., Шамсов Б.А., Янгибаева Б.У.

ФИЗИЧЕСКОЕ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

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

Цель исследования. Оценка влияния материнской инфекции Covid-19 на физическое и нервно-психическое развитие детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Данным для данного исследования служила первичная медицинская документация 98 беременных женщин, родивших в родовспомогательном учреждении №1 и Городской клинической больницы им. К.А. Ахмедова г. Душанбе, а также карта истории развития ребенка - ф.024.

Критерием включения в исследования служила подтвержденная коронавирусная инфекция у рожениц методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Исследования проведено в 2 этапа. На 1 этапе собирались социально-демографические и акушерско-гинекологические данные (частота развития гестационной гипертензии, преэклампсии, процент преждевременных родов, процент случаев угрожающего состояния плода, частота развития гестационной тромбоцитопении, частота послеродового атонического кровотечения, процент развития ЗВУР плода, процент случаев антенатальной гибели плода и ранней неонатальной смерти).

Второй этап исследования заключался в оценке влияния инфекции Covid-19, перенесенной в период беременности, на формирование физического и нервно-психического развития детей раннего возраста.

Возраст исследуемых рожениц составил от 19 до 43 (средний возраст $29,9 \pm 5,4$) лет. У 24 рожениц инфицирование было в I триместре беременности, у 38 - во II триместре и у 36 - в III триместре

У 11 (11,2%) респондентов отмечались 1 роды, у 3 (3,1%) - вторые роды и абсолютное большинство были повторнородящими - 84 (85,7%). При этом диапазон родов колебался от 3 до 9.

В более чем 94,9% у всех рожениц кроме основной инфекции Covid-19 наблюдались от 3 до 5 экстрагенитальных и сопутствующих патологий.

Необходимо отметить, что наиболее частые патологии, в частности ожирение,

преобладали у повторнородящих. Первородящие наиболее часто по сравнению с повторнородящими страдали анемией.

Результаты и их обсуждение. Из 98 рожениц с COVID-19 9 детей умерли в антенатальном периоде. Необходимо отметить, что одна из рожениц с бесплодием в возрасте 18 лет была оплодотворена экстракорпорально и носила двойню, еще 2 ребенка умерли на 2 и 13 сутки после рождения.

На 2 этапе исследования в выборку нашего исследования вошли 87 детей, рожденных от матерей с COVID-19 в родовспомогательных учреждениях г. Душанбе. Из этих детей 26 (29,9%) родились с помощью оперативного вмешательства - кесарева сечения. 12 (13,8%) детей родились недоношенными, среди них 1 ребенок родился в 30 недель беременности ростом 37 см и массой тела 1300 г.

Среди родившихся детей (n=87) не было выявлено существенных различий по половому признаку, но мальчики имели количественное превосходство, по сравнению с девочками (52,9% и 47,1%). Средняя масса тела детей при рождении составила $3027,7 \pm 602$ г, а средний рост - $49,3 \pm 3,8$ см.

У детей, родившихся от матерей с COVID-19 во время беременности, не наблюдается значительных отклонений физического развития от нормы.

При анализе карт истории развития ребенка ф.024. в городских центрах здоровья г. Душанбе было выяснено, что родители 8 детей (3 недоношенных) переехали на другое место жительства или иммигрировали в другие страны, в связи с чем дальнейшая оценка физического и нервно-психического развития данных детей не представлялась возможной.

Исследования статуса питания показали, что 95% детей до 3 месяцев находились на естественном вскармливании. На искусственном вскармливании с момента рождения находились 5% и получали детские молочные смеси. В соответствии с рекомендациями МЗиСЗН РТ, младенцы вскармливались сцеженным молоком матерей, переболев-

ших коронавирусом, что может защищать новорожденного от инфекции.

При анализе связи между воздействием на плод материнской инфекции COVID-19 и исходами развития нервной системы у детей не обнаружено связи между временем или тяжестью инфекции Covid-19 у матери и развитием нервной системы ребенка в возрасте 6 месяцев ($p < 0,05$).

У 9 (11,3%) исследуемых детей имелась перинатальная энцефалопатия головного мозга. Данные УЗИ свидетельствовали о расширении субарахноидального пространства, что в дальнейшем будет сказываться на нервно-психическом развитии детей.

В первичной документации информация о прорезывании зубов имелась у 36 (45,6%) исследованных детей. Среди них задержка прорезывания зубов составила 19,4%, у кото-

рых первый зуб прорезался после 10-месячного возраста, следовательно, у 29 (80,6%) детей первый зуб прорезывался в соответствии с возрастными показателями.

Была выявлена статистически значимая разница между задержкой прорезывания зубов и недоношенностью (среди детей с низкой массой тела) ($p < 0,001$). Так, среди 7 (100%) детей с задержкой прорезывания зубов 4 (57,1%) были недоношенными и 3 (42,9%) - дети с низкой массой тела при рождении.

Заключение. Физическое развитие детей, родившихся от матерей, переболевших Covid-19, не всегда соответствует данным сверстников. Прорезывание зубов свидетельствуют о том, что существует связь между недоношенностью (низкой массой тела) и возникновением задержки прорезывания молочных зубов у детей.

Касымов А.О., Амакджонов М.Р., Касымов О.И.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучение эффективности амлотекса в комплексном лечении больных атопическим дерматитом (АД).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 39 больных АД (мужчин – 18, женщин – 21) в возрасте от 15 до 33 лет, которые страдали различными формами АД. Длительность заболевания составила от нескольких месяцев до 4-5 лет. У 15 (38,5%) больных АД был в острой фазе стадии выраженных изменений, которая определялась наличием очагов поражения экзематозного характера с преимущественно симметричным расположением. У 12 (30,8%) больных заболевание находилось в хронической стадии, характеризовавшейся лихенификацией, расчесами и незначительным шелушением. 12 (30,8%) пациентов имели подострую фазу АД. У 8 (19,4%) больных в острой фазе АД осложнилась пиодермией. Среднетяжелое течение АД было установлено у 33 (84,6%) больных, тяжелое – у 6 (15,4%).

Больные были разделены на две приблизительно одинаковые по клинике и продолжительности болезни группы. Больным первой группы (16 человек, группа сравне-

ния) проведено лечение антигистаминными средствами (супрастин, цетиризин, лоратадин), препаратами седативного действия, адаптогенами, при необходимости антибиотиками, наружно – комбинированные кремы и мази 2 раза в день. Длительность лечения продолжалась 3 - 4 недели. Больным второй группы (23 человека, основная группа) проводилось аналогичное системное лечение, однако антигистаминным препаратом был амлотекс, который назначался по 1 таблетке, вечером, до или после еды.

Результаты и их обсуждение. Важность антигистаминных препаратов в лечении атопического дерматита доказана многочисленными исследованиями.

Амлотекс – блокатор лейкотриеновых рецепторов в сочетании с антигистаминным препаратом левоцетиризином. Препарат при пероральном применении купирует зуд кожи и симптомы аллергии.

Все больные обеих групп лечение перенесли хорошо. При сравнительном анализе результатов лечения у больных второй группы был установлен значимо заметный эффект. Положительные непосредственные результаты лечения (клиническое выздо-

рвление и значительное улучшение) были достигнуты у 20 (87%) пациентов основной группы и 8 (50%) – в группе сравнения. В основной группе клиническое выздоровление (полное исчезновение симптомов АД) наблюдалось у 12 (52,2%) больных (у 8 – в острой фазе АД, 2 – в хронической, 2 – в подострой), значительное улучшение (исчезновение симптомов АД не менее чем на 75% площади поражения) – у 8 (34,8%): у 5 – в острой фазе АД, 1 – в хронической и 2 – в подострой). В группе сравнения клиническое выздоровление отмечено у 4 (25%) больных (у 2 – в острой фазе АД, 1 – в хронической, 1

– в подострой), значительное улучшение – у 4 (у 2 – в острой фазе АД, 1 – в хронической, 1 – в подострой).

Отдалённые результаты лечения (через 1 год) свидетельствовали о значительном преимуществе метода лечения с использованием амлотекса. Из 20 больных основной группы с непосредственными положительными результатами терапии рецидивы АД установлены у 5 (25%), в контрольной группе – из 8 – у 4 (50%), что достоверно выше ($p < 0,05$).

Заключение. Таким образом, наши исследования показали эффективность амлотекса в комплексной терапии больных АД.

Касымов О.И., Салимов Б.М., Салимов Ш.Б.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПУВА-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучить эффективность ПУВА-терапии в комплексном лечении больных с красным плоским лишаем.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 35 больных с красным плоским лишаем, из них мужчин было 12 (34%), женщин – 23 (66%), соотношение 1:1,9. Возраст больных колебался от 19 до 64 лет. 12 больных были в возрасте от 19 до 30 лет, 23 – от 31 до 64 лет. Средний возраст больных составил $43 \pm 0,5$ лет. 14 больных страдали красным плоским лишаем от 2 недель до 3 месяцев, 17 – от 1 до 3 лет, 4 – больше 3 лет. Длительность заболевания в среднем составила $2,7 \pm 0,3$ лет.

Сопутствующие заболевания выявлены 17 (48%) больных: у 6 (35%) мужчин и у 11 (65%) женщин: заболевания желудочно-кишечного тракта – у 4 (23%), гепато-билиарной системы – у 3 (18%), артериальная гипертензия – у 6 (35%), сахарный диабет – у 2 (12%), заболевания щитовидной железы – у 2 (12%).

У обследованных больных наблюдалась типичная форма красного плоского лишая, в большинстве случаев сыпь локализовалась симметрично на сгибательных поверхностях конечностей, туловище, половых органах, довольно часто – на слизистой оболочке полости рта. Редко поражались ладони, подошвы, лицо. Субъективно больных

беспокоил зуд. В период обострения КПЛ наблюдался положительный феномен Кебнера – появление новых узелков на месте травматизации кожи.

Все 35 пациентов получали комплексное лечение: системные глюкокортикостероиды, антигистаминные препараты, седативные средства (афобазол, ново-пассит), гепатопротекторы, топические кортикостероиды в виде мази или крема. Системно преднизолон применялся по следующей схеме: первые 2-5 дней по 50-60 мг в сутки, на следующие 10 дней – постепенное (5-10 мг в день) снижение дозы до полной отмены.

Местно применяли ПУВА-терапию с использованием фотосенсибилизатора метаксолена (в дозе 0,6 мг на 1 кг массы тела за два часа до облучения) на аппарате «MaItaпп иУА 7001 К» с максимумом эмиссии на длине волны 365 нм. Курс лечения состоял из 15 сеансов, которые проводили 4 раза в неделю с двухдневным перерывом.

ПУВА-терапия подавляет Т-клеточный иммунитет посредством угнетения функции антигенпрезентирующих клеток кожи, ингибирования синтеза цитокинов, а также индукции апоптоза Т-лимфоцитов

Критерием оценки терапевтической эффективности и переносимости проводимой терапии осуществлялась путем учета клини-

ческой картины заболевания на 1-й, 7-й, 14-й дни и при окончании терапии.

Результаты и их обсуждение. Терапия красного плоского лишая является сложной задачей, и один из основных дискутируемых вопросов на сегодняшний день связан с тем, что существующие методы терапии красного плоского лишая в ряде случаев недостаточно эффективны, проводятся длительно и нередко вызывают побочные эффекты. Положительный эффект терапии возможен лишь при комплексном и индивидуализированном подходе с учетом формы, стадии и длительности заболевания, локализации и распространенности высыпаний, вовлечения в патологический процесс слизистых оболочек и придатков кожи — волос и ногтевых пластин, выраженности субъективных ощущений и влияния заболевания на качество жизни пациента, предшествующего лечения и его эффективности, а также, безусловно, возраста пациента, его сопутствующих сома-

тических заболеваний и психоэмоционального статуса.

Комплексная терапия с применением ПУВА-терапии доказала свою эффективность. К концу второй недели у большинства больных наступало выраженное улучшение кожного процесса: большинство бляшек и папул красного плоского лишая значительно уплощались, зуд перестал беспокоить большинство больных. К концу комплексной терапии (3 - 4 недели терапии) у 29 (82,9%) больных отмечалось клиническое выздоровление, у 6 (17,1%) — значительное улучшение.

Все больные лечение перенесли хорошо. Только у 3 отмечался дискомфорт в области эпигастрия, у 6 — сухость и усиление зуда кожи, которые после соответствующей терапии прошли в течение 2-4 дней.

Заключение. Таким образом, исследование показало хорошую эффективность комплексного лечения с ПУВА терапией больных с красным плоским лишаем.

Касымова С.Д., Мирахмедова М.А.

ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ КАНАГЛИФЛОЗИНА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить эффективность канаглифлозина у больных с ожирением без СД 2 типа и при СД 2 типа.

Материал и методы исследования. Пациенты с ожирением и артериальной гипертензией (28 человек) вошли в 1-ую группу. 2-ю группу — 32 человека — составили пациенты с СД 2 типа, имеющие висцеральное ожирение. Из сахароснижающих препаратов пациенты 2-ой группы принимали метформин в суточной дозе 1700-2000 мг. Длительность диабета у пациентов 2-ой группы составила $4 \pm 0,5$ лет, компенсации углеводного обмена на фоне применения метформина достигнуто не было.

Гликированный гемоглобин в этой группе составил $8,2 \pm 1,1\%$. По возрасту обе группы пациентов были сопоставимы. Канаглифлозин, торговое название “Инвокана” производства Янссен-Ортолис-Пуэрто-Рико в дозе 100 мг в сутки назначали 1 раз в день в течение 12 недель.

Результаты и их обсуждение. Рост заболеваемости сахарным диабетом 2 типа (СД2)

во всем мире обуславливает поиск новых эффективных сахароснижающих препаратов, которые обладали бы минимальными побочными действиями. Канаглифлозин относится к новому классу сахароснижающих препаратов из группы ингибиторов натрий-глюкозного котранспортёра глюкозы 2 типа.

Препарат снижает реабсорбцию глюкозы в проксимальных почечных канальцах, тем самым снижая уровень глюкозы крови независимо от уровня инсулина крови и функции В-клеток поджелудочной железы. Глифлозины помимо положительного влияния на уровень глюкозы крови обладают, также, рядом других положительных эффектов. В частности, установлено, что глифлозины способствуют снижению массы тела, а также уменьшают риск сердечно-сосудистых осложнений у больных СД 2 типа.

Динамика снижения массы тела в 1-ой группе пациентов с ожирением на фоне трёхмесячного применения канаглифлозина составила 1,9 кг — 2,4 кг (в среднем $1,6 \pm 0,4$ кг). В этой группе

пациентов было отмечено положительное влияние препарата на артериальное давление - систолическое снизилось на 3-7 мм рт.ст., диастолическое - на 2-3 мм рт.ст. вне зависимости от приема гипотензивных препаратов.

Во второй группе пациентов с СД 2 типа, принимающих метформин, также было отмечено снижение массы тела в среднем на $2,1 \pm 0,6$ кг, сочетающееся с положительной коррекцией гликемии, которая привела к снижению уровня гликированного гемоглобина на $0,6 \pm 0,1\%$ в среднем.

Применение канаглифлозина сопровождалось хорошей переносимостью препарата как в 1-ой, так и во 2-ой группах. У 2-х пациентов

2 группы канаглифлозин был отменён в связи с обострением генитальной инфекции.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о благоприятном эффекте канаглифлозина как перорального сахароснижающего препарата, обладающего также и положительным негликемическим эффектом в отношении снижения массы тела и артериальной гипертензии у больных с ожирением.

Применение канаглифлозина способствует также достижению компенсации углеводного обмена у больных СД 2 типа, снижению массы тела и риска кардиоваскулярных осложнений в указанной группе пациентов.

Компанцев Д.В., Чахирова В.А., Чахирова А.А.

ПОИСК ПЕРСПЕКТИВНЫХ АДЪЮВАНТНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОЗДАНИИ ВАКЦИННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Российская Федерация

Цель исследования. Оценить эффективности масляных адъювантов на экспериментальной модели вакцинного препарата против вируса гриппа H5N1.

Материал и методы исследования. Конструирование вакцинного препарата проводили, используя современный комплекс лабораторных методов, включая технологические, биотехнологические, отражающие новизну научных подходов в изучаемой области. В работе использовали минеральные масла марок: «Раджал», «Янос», масло SN-80, масло МХ-150, в качестве сравнения использовали масляный адъювант «Монтанид». В качестве эмульгаторов были использованы неионогенные эмульгаторы: сорбитан стеарат, ламесофт, полисорбат-80, олеиновая кислота, лецитин соевый, триэтаноламин, манит, ланолин, аэросил, моноолеат стеариновой кислоты и т.д.

Результаты и их обсуждение. Птичий грипп вируса H5N1 является инфекционным заболеванием, который в результате мутаций резко изменил свои биологические свойства и приобрел способность не только инфицировать людей (минуя промежуточного хозяина), но и вызывать тяжелые клинические формы заболевания. Несмотря на успехи в разработке современных средств лечения, вакцинация является одним из наиболее

эффективных методов предотвращения распространения инфекций.

Особо значимыми являются исследования по созданию эффективных, безвредных вакцинных препаратов и способов усиления их иммуногенности. Повышение эффективности вакцин возможно при использовании адъювантов.

Получены 12 составов масляных адъювантов. Эмульсии изготавливали по типу вода в масле (W/O). Адъювант включал минеральное масло и эмульгаторы. В качестве антигена использован вируссодержащий отлив гриппа H5N1 инактивированный формалином. Компоненты препарата интенсивно смешивали, используя гомогенизатор DG-360. К адъюванту добавляли водную фазу при скорости перемешивания от 1000 об./мин. до 8000 об./мин., гомогенизируя от 5 до 30 минут для получения однородной микрогетерогенной эмульсии белого цвета. Наиболее стабильными оказались образцы, приготовленные в соотношении антиген-масло - 40:60, с использованием минерального масла МХ-150. Лучшей эмульгирующей способностью обладали моноолеат стеариновой кислоты полисорбат-80 сорбитан стеарат. Стабильность препаратов определяли центрифугированием при 3000 об/мин в течение 40 мин, а также двухнедельной выдержкой в термо-

стате при 37° С с последующей визуальной оценкой на предмет расслоения эмульсии.

Заключение. Вязкость полученных вакцинных препаратов находилась в допусти-

мых пределах (не более 200 мм²/сек), что обеспечивало легкий набор в шприц и последующее свободное инъецирование вакцины в организм животного.

Курбанов А.Дж.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЭТАЦИЗИНА У ПАЦИЕНТОВ С АРИТМИЕЙ БЕЗ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА

г. Турсунзаде, Таджикистан

Цель исследования. Изучение влияния антиаритмического препарата IC класса этацизина (диэтиламинопропионил этаксикарбонил аминофенотиазин) на неинвазивные электрофизиологические предикторы, вариабельность ритма сердца в течение 2-месячного наблюдения.

Материал и методы исследования. В исследование включены 120 пациентов (70 мужчин и 50 женщин) в возрасте старше 18 лет (средний возраст 42,2±18,9) без структурной патологии сердца.

Состояние пациентов оценивали по шкалам самочувствия, симптомам аритмии, заключениям ЭКГ (QRS, длина волны P-Q и интервал QT) и результатам холтеровского мониторирования, зарегистрированных при начальном обращении, после 5-7-го дня и через месяц.

Показанием к назначению этацизина явились: плохая переносимость нарушений ритма: частая желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) - у 60 пациентов (среднее количество экстрасистолии за сутки 12.847 (6.985-19.569), частые наджелудочковые экстрасистолии (НЖЭ) - у 10 (в среднем от 8000 до 12000 экстрасистол), наджелудочковая и желудочковая тахикардия (НЖТ и ЖТ) - у 30 пациентов и у 20 пациентов - пароксизм фибрилляции предсердий.

Критериям исключения из исследования были ИБС, пороки сердца, кардиомиопатии, хроническая сердечная недостаточность, наличие имплантированного электрокардиостимулятора, синдром WPW, нарушение проводимости, синдром слабости синусового узла (СССУ), сопутствующее онкологическое заболевание, тиреотоксикозы, выражения анемии (Hb<90 г/л).

Всем пациентам исходно проводили стандартное клиническое обследование, регистрации ЭКГ в 12 отведениях (QRS BB±5мс, PQ162±31мс).

При наличии жалоб на боли в области сердца, а также у мужчин старше 50 лет и у женщин старше 60 лет вне зависимости от наличия кардиалгии проведены нагрузочные тесты для исключения ишемии миокарда. У 45 (37,5%) пациентов диагностирована артериальная гипертензия, у остальных 75 (62,5%) нарушение ритма расценено как идиопатическое.

Лекарственная терапия при наличии показаний включала антигипертензивные препараты (у 16 больных - ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), у 14 - тиазидные диуретики, у 15 - антагонисты кальция, а также антиагреганты) согласно действующим рекомендациям. У 57 (47,5%) пациентов приступы возникали ночью, у 25 (20,8%) - днем, 38 (31,6%) пациентов особо не чувствовали перебои или сердцебиение. У 40 (33,3%) пациентов приступы прекращались самостоятельно. 50 (41,6%) пациентов принимали β-блокаторы, 30 (25%) - седативные препараты.

Всем пациентам был назначен этацизин в начальной дозе 100 мг/сут, увеличение дозы происходило через 5-7 дней до 150 мг/сут, затем через месяц после обследования у 82 (68%) пациентов продолжали поддерживающие дозы 150 мг/сут, у 38 (31,6%) поддерживающая доза равнялась 100 мг/сут.

Результаты и их обсуждение. Нарушение ритма сердца является одной из самых распространенных патологий среди сердечно-сосудистых заболеваний, оказывающей влияние на людей по всему миру. Она занимает особое место по распространенности, заболеваемости и смертности. Данная проблема тесно связана с проблемой жизнеугрожающих желудочковых тахикардий и внезапной сердечной смерти (ВСС). Многие аспекты применения антиаритмиков их практическое применение остается малоизученными

Хороший антиаритмический эффект терапии отмечен у 47 (78,3%) пациентов ЖЭ, сомни-

тельный - у 10 (16,6%), у 3 (5,0%) препарат был неэффективен. Препарат оказался эффективен у 8 (80,0%) пациентов с НЖЭ, а у 2 (20,0%) пациентов эффект был сомнительный. Хороший эффект этацизина отмечен у 30 (100%) пациентов с НЖТ и ЖТ. При ФП препарат характеризовался меньшей эффективностью. Эффект оценен как хороший у 8 (40,0%) больных из 20, как частичной - у 7 (35,0%), еще у 5 этацизин был неэффективен.

Заключение. Этацизин у пациентов без структурной патологии сердца эффективно устраняет ЖЭ (78,3% случаев) и НЖЭ (80,0%), предотвращает полностью рецидивы пароксизмов ФП - у 40,0% пациентов, частично - у 35,0%. Эффективно устраняет наджелудочковую и желудочковую аритмии - у 30 (100%) пациентов. Исключение органических заболеваний сердца способствует безопасному применению препарата.

¹Магомедов А.М., ¹Огай М.А., ²Ахмедов Ф.А., ³Ахмедова М.А.

РАЗРАБОТКА МИКРОГРАНУЛ С ХОЛИНА АЛЬФОСЦЕРАТОМ

¹Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

²ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр Республики Таджикистан»

³Кафедра эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Разработка микрогранул в капсуле холина альфосцерата.

Материал и методы исследования. Использовали экструзионный метод получения микрогранул.

Результаты и их обсуждение. Холина альфосцерат - нейротропное, холиномиметическое средство. Относится к холиномиметикам центрального действия с преимущественным влиянием на ЦНС. Входящий в его структуру холин (40,5%) высвобождается в головном мозге и участвует в биосинтезе ацетилхолина (один из основных медиаторов нервного возбуждения). Холина альфосцерат биотрансформируется до глицерофосфата, который является предшественником фосфолипидов. В ГЛРС (государственный реестр лекарственных средств) имеются данные об инъекционных формах, капсулах. Анализ не выявил такой лекарственной формы с холина альфосцератом, как микрогранулы.

В качестве вспомогательных веществ при получении микрогранул использовали Колликут МАЕ 100П, мальтодекстрин (как наполнитель, формообразующее вещество), ксантановую и гуаровую камеди (основобразующие загустители, стабилизатор суспензии), сукралозу (подсластитель) и метилпарабензол, пропилпарабензол (консерванты). Использование данных вспомогательных веществ позволило создать оболочку микрогранул, которая будет способствовать повышению устойчивости лекарственного средства к отсыреванию, корригированию вкуса, повысит точность и адресность дозирования.

Заключение. Таким образом, нами получены микрогранулы с холина альфосцератом для дальнейших технологических, микробиологических, фармакологических исследований и стандартизации.

¹Магомедова Д.Г., ¹Огай М.А., ²Нам Н.Л., ³Ахмедов Ф.А., ⁴Ахмедова М.А.

РАЗРАБОТКА АНТИГИСТАМИННОГО СРЕДСТВА С ЦЕТИРИЗИНОМ

¹Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Российская Федерация

²Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Российская Федерация

³Научно-исследовательский фармацевтический центр Республики Таджикистан

⁴Кафедра эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Получения трансдермального геля с цетиризином.

Материал и методы исследования. Технологические исследования: формирование двух мягких лекарственных форм (трансдермального геля и пластыря) с использованием полиэтиленгликоля-400 (ПЭГ-400) и полиэтиленгликоля-1500 (ПЭГ-1500), пропиленгликоля 1,2, поливинилпирролидона К-30 (ПВП К-30) и поливинилпирролидона К-90 (ПВП К-90), тизоля, диметилсульфоксида (ДМСО), спирта этилового 95 %, цетиризина.

Аналитические исследования проводили с учетом необходимости подтверждения подлинности (выполняемых методами ТСХ, УФ-спектрофотометрии), количественное определение (УФ-спектрофотометрии), примеси (метод ВЭЖХ).

Результаты и их обсуждение. Лечение и профилактика клинических проявлений аллергии является одним из актуальных вопросов современной медицины, которые имеют определенное социальное значение.

Одним из отечественных лекарственных средств антиаллергического действия является цетиризин, который в настоящее время представлен на фармацевтическом рынке России лишь одной лекарственной формой -таблетками. Создание же наружных лекарственных форм цетиризина обеспечит возможность их выбора и расширит фармакологический спектр данного лекарственного средства отечественного производства, что, несомненно, важно для лечения и профилактики различных аллергических проявлений.

Технология получения трансдермального геля с цетиризином базируется на

предварительном формировании основы, осуществляемой сплавлением компонентов: полиэтиленгликоля-400 (ПЭГ-400) и полиэтиленгликоля-1500 (ПЭГ-1500), добавлении пропиленгликоля 1,2, поливинилпирролидона К-30 (ПВП К-30) и поливинилпирролидона К-90 (ПВП К-90), тизоля, диметилсульфоксида (ДМСО), спирта этилового 95%, цетиризина. Получали однородный, слегка тягучий гель, по реологическим свойствам отвечающий требованиям, предъявляемым к упруго-вязким структурам.

Технология получения трансдермального терапевтического пластыря с цетиризином состоит из технологических этапов, которые заключались в последовательном добавлении компонентов: ПЭГ-400, пропиленгликоля 1,2, ПВП К-30, спирта этилового 95%, цетиризина. Нанесли на алюминиевую подложку и дали подсохнуть.

Качественный анализ. На хроматограмме пятна испытуемых растворов находится на уровне пятна стандартного раствора, что свидетельствует о наличии цетиризина гидрохлорида в разработанных лекарственных формах.

Количественное содержание цетиризина в трансдермальном геле составило – $2,14 \pm 0,045$, в трансдермальном пластыре – $1,08 \pm 0,030$.

При ВЭЖХ анализе сумма примесей не превысила 2,0% от декларированного содержания цетиризина.

Заключение. Таким образом, нами сконструированы две лекарственные формы – трансдермальный гель и пластырь с цетиризином антиаллергической направленности действия.

¹Махмудова П.У., ¹Закирова К.А., ²Махмудова Р.У.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

¹ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Республиканский центр защиты населения от туберкулеза»

Цель исследования. Изучение клинико-лабораторно-рентгенологических проявлений диссеминированного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью за период 2015-2018 годы

Материал и методы исследования. Ретроспективно проанализированы данные истории болезни 32 больных диссеминированным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

Результаты и их обсуждение. Всего изучено 32 истории болезни, преобладали женщины (20/32 человек; 62,5%). Преобладали по численности молодые пациенты самой трудоспособной возрастной группы 18-45 лет (21/65,6%). У более половины больных (19/59,4%) диагноз установлен впервые, у 5/15,6% выявлен поздний рецидив заболевания, у 9/28,1% – обострение туберкулезного процесса. Все больные в основном были выявлены при обращении с жалобами, за исключением 4 (12,5%) пациентов, выявленных из контактных с больными туберкулезом.

Среди сопутствующих заболеваний у больных диссеминированным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью занимали вирусные заболевания: хронический вирусный гепатит С имели 17 (53,1%) больных, еще 4 (12,5%) – хронический вирусный гепатит С и В, у 5 (15,6%) больных выявлена ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний. У 6 (18,7%) обнаружен хронический бронхит. У 3 больных, страдающих хроническим вирусным гепатитом С и В, определено употребление наркотических средств в анамнезе, из них 2 находились в местах лишения свободы. Наряду с этим 7 (22%) страдали язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, у 11 (34,4%) больных наблюдался хронический гастрит, у 5 больных (15,6%) - заболевания почек и мочевыводящих путей.

Клиническое течение диссеминированного процесса зависит от массивной бактериемии и иммунной системы организма. Анализ показал, что у 22 (68,7%) пациентов клиническая симптоматика диссеминированного туберкулеза развивалась постепенно (в среднем за $1,5 \pm 1,9$ мес.) с достаточно быстрым нарастанием интоксикационного синдрома и локальных проявлений заболевания. Острое начало отмечено у 4 (12,5%) пациентов. Кроме поражения легких, наблюдалась диссеминация туберкулеза в другие органы: менингеальные оболочки – у 1 больного, почки – у 2 больных, плевры – у 5 пациентов.

При выявлении туберкулеза из бронхолегочных симптомов чаще всего имел место кашель с выделением мокроты – у 27/32 (84,4%) больных, выраженная одышка – у 13/32 (40,6%), боль в грудной клетке – у 7 (22,8%), кровохарканье – у 3 (9,4%) больного. Симптомы интоксикации отмечались у всех (100%) больных. Слабость беспокоила 27 (84,4%) больных, которая сопровождалась повышенной утомляемостью, раздражительностью, повышение температуры зафиксировано у 16 (50%) человек, до фебрильных цифр - у 12 (37,5%), повышенная потливость обнаружена

у 9 (28,1%). Снижение массы тела имелось у 13 (40,6%) человек. Имелись также изменения дыхания в виде относительно симметричного укорочения легочного звука и непостоянные сухие хрипы, у большинства были влажные мелкопузырчатые и среднепузырчатые хрипы. Тахикардия зарегистрирована у 6 (18,7%), увеличение печени - у 5 (15,6%) пациентов. Симптомы интоксикации сопровождалась головной болью, иногда диспепсическими расстройствами, которые характерны для начала проявлений диссеминированного туберкулеза.

Общий анализ крови показал, что повышение СОЭ было у 29 (90,6%) человек, снижение уровня гемоглобина – у 9 (28,1%), повышение уровня палочкоядерных нейтрофилов – у половины больных. У 28 больных диагноз подтвержден выявлением микобактерий туберкулеза (МБТ) бактериологическими методами, у 4 (12,5%) - на основании клинико-рентгено-томографических данных, которые характеризовались выраженными изменениями в легких, диссеминацией по легочным полям.

До начала лечения у всех больных выполнено исследование на обнаружение ДНК МБТ в мокроте методом полимеразной цепной реакции, получен положительный результат, их них у 8 (25%) выявлена устойчивость к рифампицину. Метод люминесцентной микроскопии позволил выявить кислотоустойчивые микобактерии у 16 (50%) человек, посев на жидкие питательные среды – у 18 (56%) человек, посев на плотные среды – у 25 (78,1%) больных. У 13 (40,6%) больных выявлена множественная лекарственная устойчивость МБТ и у 3 (9,4%) – широкая лекарственная устойчивость МБТ. Полости распада выявлены у 18/32 (56,2%) больных.

Заключение. Течение диссеминированного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью характеризуется преимущественно подострым началом, при этом практически у всех больных отмечаются симптомы интоксикации и бронхолегочные проявления заболевания. Даже при наличии выраженных симптомов заболевания в течение месяца после их появления обращаются в общую лечебную сеть только десятая часть больных. Среди сопутствующих заболеваний преобладают ВИЧ-инфекция, хронический вирусный гепатит С и В, заболевания ЖКТ, наркотическая зависимость.

Таким образом, необходимо повысить настороженность медицинских работников общей лечебной сети по своевременному выявлению туберкулеза и повысить качество контроля диспансерного наблюдения лиц, перенесших ТБ.

Муниева С.Х., Абдухамидова З.А., Таджибаев У.А., Гулзода М.Н.

К ВОПРОСУ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДЕРМАТОЗОВ КОЖИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить частоту обращения к врачу-дерматовенерологу пациентов с проблемами волос и волосистой части головы за последние пять лет (2018-2022 гг.).

Материал и методы исследования. Проведен статистический анализ по обращаемости на кафедру дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОвСЗ РТ пациентов с заболеваниями волос и волосистой части головы. За период с 2018 по 2022 гг. за консультативной помощью к сотрудникам кафедры обратилось более 10000 пациентов, из них 3458 человек с жалобами на заболевания волос и волосистой части головы. Количество мужчин и женщин практически одинаково (м – 1689, ж – 1769). Возраст пациентов от 6 месяцев до 75 лет.

Результаты и их обсуждение. В последние годы одной из важных медико-социальных проблем представляют заболевания волос и волосистой части головы. Так как волосы выполняют не только физиологическую, но и косметическую роль, то проблемы, связанные с процессами на голове, влияют на качество жизни людей. Каждый пятый пациент, обращающийся в дерматологическую или косметологическую клиники, предъявляет жалобы на проблемы с волосами. Однако реальную картину распространенности заболеваний волос невозможно оценить, так как большое количество людей не обращаются за медицинской помощью и считают, что повышенная потеря волос является временным состоянием. Быстрое и эффективное лечение дерматозов на волосистой части головы имеет большое значение, так как наилучший показатель индекса качества жизни отмечается у больных именно с этой проблемой.

Среди пациентов, обращающихся к врачу, основная категория - это пациенты с алопециями. Любой косметический недостаток, например, очаг облысения или зона поредения волос, являющийся следствием заболевания, у эмоционально лабильных пациентов формирует свер-

женное к нему отношение. Постоянная концентрация внимания на выпадении волос, напряженное ожидание распространения патологического процесса способствуют еще большему усугублению эмоционального страдания, чувства тревоги, отчаянья и безнадежности.

Еще одним часто провоцирующим обращением к врачу состоянием является зуд волосистой части головы, который может сопровождаться различными высыпаниями.

Среди 3458 обратившихся алопеции составили 924 случая, 287 случаев связано с микотическим поражением волос и волосистой части головы, 532 случая – псориаз волосистой части головы, 360 больных с нейродермитом, 132 обращения – фолликулиты волосистой части головы, 754 пациента жаловались на перхоть, 117 случаев – повышенная сальность волосистой части головы, 184 случая – поседение волос, остальные 168 обращений связаны с редкими заболеваниями (например, подрывающий фолликулит Гоффмана, псевдопеллада Брока, монилетрикс, склеродермия и др.). Длительность процессов была от 1 месяца до 5 и более лет. Большинство пациентов (89%) длительное время занимались самолечением, но в связи с ухудшением заболеваний или отсутствием эффекта от самолечения вынуждены были обратиться к врачу.

Микотическое поражение волос и волосистой части головы выявлялось в детском возрасте от 2 до 12 лет. Все эти пациенты прошли обследование и у них были выявлены грибковые агенты. После выставления диагноза они получили полноценное лечение.

Среди пациентов с алопецией в 34 случаях отмечалась тотальная алопеция, 47 больных - с субтотальной алопецией, 362 пациентам был поставлен диагноз диффузной алопеции, у 481 обратившегося отмечалась очаговая алопеция в различных вариациях. Все пациенты были в разной возрастной группе - от 6 месяцев до 75 лет. Все прошли обследование и получили

лечение. У 68% обратившихся отмечалось клиническое выздоровление, у 24% - клиническое улучшение, у 8% - без изменений. Изменения не наблюдались у пациентов с тотальной и субтотальной алопецией и краевой формой очаговой алопеции.

Псориазический процесс имел распространенный характер у 389 пациентов из 532, у 143 обратившихся псориаз протекал локализовано только на волосистой части головы. В 73 случаях диагноз «псориаз волосистой части головы» был поставлен впервые. До этого они лечились от перхоти, в большинстве самостоятельно народными средствами и шампунями. Всем пациентам было назначено комбинированное лечение.

Себорейный дерматит в виде сухой себореи и жирной себореи в основном отмечался у подростков и молодых людей в возрасте от 10 до 35 лет. Мужчин и женщин было поровну. При обследовании были выявлены гормональные нарушения, патология желудочно-кишечного тракта, эндокринная патология, недостаток витаминов и микроэлементов. Всем пациентам было назначено комплексное лечение.

С поседением волос обращались в 87% случаев родители детей в возрасте от 4 до 18 лет. При обследовании никакой серьезной патологии среди них не выявлено. Были рекомендованы витамины и микроэлементы, препараты для микроциркуляции, седативные средства.

Хронически-рецидивирующие фолликулиты волосистой части головы - очень частое явление, особенно среди подростков и молодых мужчин в возрасте от 14 до 45 лет. В подавляющем большинстве первичные эпизоды они отмечали после посещения парикмахерских, бассейнов или спортивных залов. Количество эпизодов до обращения к специалистам колебалось от 4 до 15. До обращения к врачу занимались самолечением. Все обратившиеся были обследованы и после получали комплексное лечение. Клиническое излечение отмечалось у 88% больных, у 12% было клиническое улучшение.

Нейродермит – это аллергическое заболевание кожи, которое сопровождается сильным зудом, инфильтрацией и лихенификацией кожи затылочной области, эритемой, мокнутием и образованием корочек различного генеза. Чаще всего нейродермит начинался в возрасте 13-14 лет (43%), в возрасте от 25 лет - в 31%, старше 40 лет - у 26%. Нейродермит часто развивается у

людей с отягощенным аллергологическим анамнезом.

За последние годы стали часто регистрироваться редкие дерматозы. Волосистая часть кожи головы является частой, а иногда и единственной локализацией, например такого заболевания, как красная волчанка, особенно у женщин. Большинство редких заболеваний имеют генетическую предрасположенность, наследственный характер, аутоиммунный генез. Для диагностики необходимо определить причину и следствие возникновения патологии. Чаще всего это — наследственность, нарушения питания, гормональные отклонения или снижение иммунитета на фоне приема различных препаратов или заболеваний внутренних органов. Диагностика с помощью визуальных методов, лабораторных тестов и микроскопических исследований позволяют установить причину заболевания и бороться именно с ней. В практике используют проверенные схемы лечения дерматологических заболеваний. Они опираются на факты доказательной медицины и собственный практический опыт. Это обеспечивает полное выздоровление, а при хронических болезнях кожи головы — стойкую ремиссию.

Для наружной терапии дерматозов применяются препараты, обладающие противовоспалительным и дезинфицирующим действием, в том числе топические глюкокортикостероиды и ТГКС в комбинации с кератолитиком. Многие существующие лекарственные средства (особенно жирные мази на основе вазелина) трудно и неприятно применять, что приводит к снижению приверженности, эффективности терапии и доверия врачу. Высокий уровень неудовлетворенности пациентов лечением дерматозов на волосистой части головы требует создания новых удобных и эффективных вариантов терапии.

Заключение. Заболевания волос и волосистой части головы - один из часто встречающихся процессов в дерматологической практике. Не всегда есть возможность сразу установить верный диагноз и начать основное лечение. Однако до установления диагноза возможен подбор адекватного средства ухода для облегчения состояния пациента. В случаях, когда диагностика не вызывает трудностей, рационально подобранное средство ухода дополняет основную терапию и позволяет ускорить достижение значимых клинических результатов.

Муниева С.Х., Шукурова М.А., Сафарова Ф.С., Сайдаминов Н.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ФОН ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

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

Цель исследования. Изучение качества жизни пациентов, страдающих различными дерматологическими заболеваниями.

Материал и методы исследования. Проведено анкетирование 50 пациентов с хроническими дерматозами в возрасте 25-65 лет. Наибольший удельный вес выпал на пациентов в возрасте от 30 до 50 лет.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время во всех странах мира наблюдается стойкая тенденция к увеличению продолжительности жизни, что приводит к росту доли населения старше трудоспособного возраста. Хронические заболевания оказывают негативное воздействие на качество жизни пациентов. Это особенно актуально в дерматовенерологической практике, так как дерматологические заболевания среди больных с низким качеством жизни занимают лидирующее положение. Среди неинфекционных дерматозов почти 70% клинических процессов не представляют угрозы жизни, но имеют хронически-рецидивирующее течение. Этот момент наиболее актуален для большинства наших пациентов. Важным аспектом работы является понимание того, что в пожилом возрасте сочетание хронического заболевания с возрастными особенностями зачастую приводит к физическим и эмоциональным ограничениям, проблемам в семье и общении с окружающими, материальному ущербу, а в ряде случаев способствует социальной дискриминации и, как следствие, значительному снижению качества жизни пациентов.

В ходе исследования было выявлено, что подавляющее большинство пациентов страдают хроническими дерматозами. Ведущее место занимают больные псориазом - 37%; 17% - экземой, из них 10% - хронической формой; 13% - нейродермитом, 10% - атопическим дерматитом, 11% - витилиго.

При анализе было выявлено, что среди всех дерматологических заболеваний ведущее место занимают: экзема - 9,1%, себорейный дерматит - 7,8%, псориаз - 9,4%, атопический дерматит - 8,6%, нейродермит - 4,2%, кожный зуд - 3,1%, витилиго - 7,4%. Доля новообразований кожи невелика и составляет

0,5%. Буллезные дерматозы тоже составили 0,6%. Чаще всего пациенты обращаются к врачу-дерматовенерологу по поводу обострения хронического заболевания - 80%.

Зуд, сухость и раздражение кожи оказывали сильное влияние на качество жизни пациентов, в основном с нейродермитами и атопическим дерматитом, умеренное влияние отмечено у пациентов, страдающих псориазом, а пациенты с красным плоским лишаем и витилиго не ощущают влияния состояния кожи на свое качество жизни.

Общее состояние здоровья считали плохим пациенты с нейродермитами и атопическим дерматитом. Пациенты, страдающие псориазом, красным плоским лишаем и витилиго, считают состояние своего здоровья хорошим. Удовлетворительным считают состояние своего здоровья пациенты, страдающие экземой, себорейным дерматитом.

Однако психоэмоциональный фон сильно страдал у пациентов с витилиго, псориазом и кожным зудом. Респонденты с экзематозным процессом, себорейным дерматитом, красным плоским лишаем считали эмоциональный фон удовлетворительным.

Основным показателем неудовлетворительного психоэмоционального фона явилось клиника дерматоза, локализация на открытых участках, страх того, что о заболевании узнают окружающие, изоляция от общества. Наиболее уязвимыми были женщины с витилигинозным процессом. При этом локализация процесса не имела значение, но усиливался негативный момент при локализации на открытых участках тела. Витилиго часто сопровождается депрессией, истерией и мыслями о суициде. На втором месте по негативной значимости находился псориаз.

Течение кожных дерматозов на лице связывают с косметическим дефектом, потерей красоты и привлекательности. Нозогенные реакции с выявлением социофобий и сенситивных идей отношения отмечались у пациентов с витилиго и псориазом. На первый план в клинической картине выступали обостренная стеснительность, связанная с

утратой внешней привлекательности, болезненное восприятие косметического дефекта, идеи неполноценности и избегающее поведение. Общение ограничивалось небольшим кругом близких родственников, по мнению больных, которые их уже видели. Если возникла необходимость выйти в общество, то у пациентов нарастала тревога, озабоченность безразличным отношением со стороны окружающих. Отношение ближайших родственников выражалось в озабоченности за будущее этих пациентов, в негативном восприятии супругов и беспокойством в наследственной передаче заболевания детям. Больные, как правило, пытались скрыть кожные изменения закрытой одеждой, головными уборами и т.п.

Распространенность кожного процесса накладывала отпечаток на субъективную оценку ощущений. Однако диссоциация жалоб и выраженность дерматологической симптоматики очень часто подчеркивала

несоответствие. Даже при незначительных локализованных процессах после терапевтического лечения больные предъявляли жалобы на устойчивость зуда и его интенсивность.

Еще одним аспектом проблемы явилось то, что большинство хронических дерматозов имеет неясный патогенез развития, и пациенты страдают от мысли о неизлечимости заболевания, что ухудшает психоэмоциональный фон, а, значит, и качество жизни.

Заключение. Таким образом, хронические дерматозы снижают качество жизни пациентов, особенно если локализируются на открытых участках тела. Такие процессы, как витилиго и псориаз воспринимаются пациентами более эмоционально, чем алергодерматозы. Субъективные ощущения и выраженность клинического процесса часто не соответствуют друг другу. Женщины тяжелее переносят наличие кожной патологии, чем мужчины.

Мухторзода А.Н., Абдуллоев Х.Ч., Меликова Н.А., Раҳматов Ч.У.

АРИТМИЯ ДАР БЕМОРИИ МУЗМИНИ ТАРБОДИИ ДИЛ

Кафедраи бемориҳои даруни бо курси геронтология

Мақсади тадқиқот. Муайян намудани номурабабии кори дил дар бемории музмини тарбоди дил (БМТД).

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Бемор Ч.Н., с.т 1970, солҳои тӯлонӣ мешавад, ки ба БМТД гирифтормебошад. Оиди бемориаш якҷанд маротиба дар шароити амбулаторӣ ва стационарӣ табобат гирифтааст. Давоҳои тавсияшударо мунтазам истифода набурда, дар ҳолати вазнин, ки ба пайдошавии аломатҳои норасоии кори дил оварда мерасонад, тавасути Ёриии Тиббии Таъҷили ба шӯъбаи наҷоти Муассисаи Давлати Маркази Ҷумҳуриявии клиникӣ бемориҳои дил ворид мегардад. Вобаста ба вазнинии ҳолати бемор дар шӯъбаи наҷот бистарӣ мегардад. Шикоят дорад ба дардҳои кунд дар қафаси сина, сустии умумӣ, беҳолӣ ва бемадорӣ, дамкӯтоҳӣ.

Таъхирҳои лабораторӣ ва инструменталӣ. ТУХ: ЭР-5,2*1012 г/л, НВ-130г/л, СТЭ-20 мм/с, Лейкоситҳо-9,4*109 г/л. Таҳлили биохимиявии хун: Қанди хун- 6,0 ммол/л, холестерини умумӣ- 4,02 ммол/л, АСТ-52,6 Ед/л, АЛТ-49,4 Ед/л, Калий- 4,0 ммол/л, Натрий- 140 ммол/л,

Креатинин-72,0 ммол/л, Тропонин-0,02 нг/мл, Т,Т- III, Фибриноген 3,10 г/л. R-графияи қафаси сина: Васеъшавӣ ва гипертрофияи меъдачаи чап. ЭКГ:Фибрилятсии даҳлезҳо, т/д 90-120. МБД ба чап майл дорад. Гипертрофияи меъдачаи чап. ЭХО КГ: ДБМ-1,5см, ДҚМЧ-1,3 см, АИД-5,2 см, АИС-3,9 см, ХИД-131 мл, ХИС-68 мл, ХЗ-62 мл, МР-2,3 см, АО-3,4 см, ДЧ-3,7 см, ФП-48%, АФС-25 %. Хулоса: Гипертрофияи меъдачаи чап. Гипокинези дифузӣ. ФП-46% паст I- дараҷа. Нуқси ҳамчояи дарғоти митралӣ бо бартарии норасоӣ.

Натиҷа ва муҳокима. Ҳангоми муоина ҳолати умумии бемор вазнин, вазнинии ҳолати бемор аз ҳисоби бемории асосӣ, ба ҳуш ба саволҳо дуруст ҷавоб медиҳад, ранги пӯст ва лӯобпардаҳо муқарарӣ. Дар шушҳо нафаси пасти ҳубобчавӣ шунида мешавад. Кори дил номурагтаб, Ф/х 100/60мм.сут.сим., набз 88/дақ., тапиши дил 132, норасоии набз 42, фибрилятсия даҳлезҳо, садоҳояш паст, шувоси систолиқӣ дар куллаи дил шунида мешавад. Шикам мулоим бедард. Пешобронӣ озод. Бемор солҳои дароз гирифтори бемории музмини тарбодии дил аст ва сари вақт ба

тарбодшиносон мурочиат накардааст. Табобатҳои лозимаро намегирад, ки аломатҳои норасоии кори дил бо пайдошавии варамии пойҳо, дамкӯтоҳӣ дар ҳолати оромӣ, дилзанӣ ва номурратабии кори дил дар бемор дида мешавад, ки сабаби мурочиат мегардад. Вобаста ба нишонаҳои клиникӣ, анамнез ва тағиротҳо дар СБД, ЭХО КГ ба бемор ёрӣ расонида шуда, чунин ташхис гузошта шуд: Бемории музмини тарбодии дил, марҳилаи фаъол, II дараҷа. Нуқсони ҳамҷояи дарғоти митралӣ, бо бартариҳои норасоӣ.

Ҳамрав. Атеросклерози шохраг ва рағҳои майнаи сар.

Ориза. НГХ-IV с/в.(НУНА). НКД: Фибрилляцияи даҳлезҳо, намуди тахисистоликӣ.

Хулоса. Бемории музмини тарбодии дил оқибатҳои нохуш дошта дар бисёр ҳолатҳо ба номуратаби дар кори дил, нуқсонҳои дар давоми ҳаёт пайдошудаи дил оварда мерасонад, ки сабаби фавти беморон мегардад. Сабаби фавт метавонад норасоии шадиди кори дил, номуратабии кори дил, фибрилляцияи меъдаҷаҳои дил, тромбоэмболияи рағҳои шуш бошад. Бинобар ин, мурочиати сари вақтии беморон ва ташхиси дуруст гузоштан метавонад ҳолатҳои беморонро беҳтар намуда аз оризаҳо пешгирӣ намояд.

Нарзуллаева А.Р., Салимзода Дж.М.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРИОД ПЕРИМЕНОПАУЗЫ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение особенностей метаболических нарушений у женщин с артериальной гипертензией (АГ) в период перименопаузы.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 95 женщин в возрасте от 37 до 55 лет (средний возраст $44,5 \pm 0,6$ лет), страдающих артериальной гипертензией. В зависимости от степени нарушения менструальной функции все пациентки были разделены на 2 группы: I группу составили 30 женщин в пременопаузальном периоде, II группу - 65 женщин в постменопаузальном периоде, продолжительность которого составляла в среднем $11,8 \pm 0,6$ месяцев.

Всем больным проводились антропометрическое исследование и измерение АД, а также определялись содержание в крови уровней глюкозы, общего холестерина, липопротеидов низкой и высокой плотности и триглицеридов.

Результаты и их обсуждение. Среди женщин основной группы преобладали лица с избыточной массой тела и ожирением: в I группе нормальная масса тела регистрировалась лишь в 16,7% случаев, во II группе – у 29,2% пациентов, что было существенно ниже в сравнении с лицами контрольной группы (76,7%, $p < 0,01$). Ожирение чаще встречалось у лиц II группы, по сравнению с I группой (71,8% против

33,3%, $p < 0,01$). В контрольной группе лиц с ожирением не регистрировалось. При исследовании распределения жира выявлено, что андройдный тип ожирения встречается чаще во II группе – в 36 случаях (55,4%), чем в I группе – в 14 случаях (46,7%). В основной группе андройдное ожирение встречается у 50 женщин (52%), тогда как в контрольной группе лиц с андройдным ожирением не встречается, хотя имеются лица с промежуточным типом ожирения – 8 человек (26,7%). При сравнительном анализе метаболических показателей у женщин в перименопаузе и контрольной группы оказалось, что у первых, в отличие от группы контроля, наблюдаются более высокие уровни глюкозы сыворотки крови ($5,81 \pm 1,23$ ммоль/л против $4,43 \pm 0,44$ ммоль/л соответственно, $p < 0,001$), триглицеридов ($2,41 \pm 1,47$ ммоль/л против $1,28 \pm 0,47$ ммоль/л соответственно, $p < 0,01$), общего холестерина (ОХС) ($5,73 \pm 0,99$ ммоль/л против $4,88 \pm 0,44$ ммоль/л соответственно, $p < 0,05$) и ХС ЛПНП ($3,35 \pm 0,21$ ммоль/л против $2,91 \pm 0,41$ ммоль/л соответственно, $p < 0,05$). Кроме того, у лиц в перименопаузе наблюдается более низкое содержание ХС ЛПВП ($0,93 \pm 0,12$ ммоль/л против $1,14 \pm 0,11$ ммоль/л в контрольной группе, $p < 0,05$). Гиперхолестеринемия выявлена у 30% женщин I группы и 50,8% пациенток II группы ($p < 0,05$). Частота умеренной

и тяжелой гиперхолестеринемии у больных II группы регистрировалась в 2 раза чаще, чем у лиц II группы. Гипертриглицеридемия ($>1,7$ ммоль/л) была выявлена у 47,7% женщин II группы и у 33,3% - I группы. Повышение уровня ХС ЛПНП ($> 3,4$ ммоль/л) регистрировалось у 38,5% больных II группы и у 23,3% пациенток I группы. Снижение содержания ХС ЛПВП ($<1,3$ ммоль/л) несколько чаще регистрировалось во II группе пациентов, нежели в первой (49,5 против 33,3%, *нд*). В группе женщин с сохраненным менструальным циклом снижение ХС ЛПВП отмечалось только у 1 пациентки (3,3% слу-

чаев). Гипергликемия $> 5,6$ ммоль/л была выявлена у 16,9% пациенток II группы и у 10% больных I группы.

Заключение. Таким образом, для женщин в перименопаузе характерна высокая частота метаболических нарушений. Причем в большинстве случаев наблюдается их агрегация, что позволяет рассматривать их сочетание как проявление менопаузального метаболического синдрома, развитие которого, по нашим данным, встречается наиболее часто в постменопаузе у женщин с тяжелым течением климактерического синдрома.

Насирова Х.К. Музаффарова Д.М.

ПОКАЗАТЕЛИ АНТРОПОМЕТРИИ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ С ПОМОЩЬЮ ИНДУКЦИИ БЕРЕМЕННОСТИ АГОНИСТАМИ ДОФАМИНА У ЖЕНЩИН С ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ

Кафедра эндокринологии, детской эндокринологии ТашПМИ, Республика Узбекистан

Цель исследования. Изучить показатели антропометрии у детей, рожденных от беременностей, индуцированных приемом каберголина.

Материал и методы исследования. Ретроспективное исследование 25 беременностей у 25 женщин с гиперпролактинемией, получавших каберголин во время зачатия, и последующее наблюдение за 25 детьми, из которых было 12 мальчиков и 13 девочек. Средний возраст пациенток был в пределах 20-32 лет.

Прием каберголина был прерван в 2-х случаях беременности и продолжен в 23-х случаях до конца 2-го триместра. Экспозиционная доза каберголина на плод рассчитывалась для каждой беременности.

Для оценки роста-весовых показателей использовалась международная карта Таннера-Вайтхауса. 20 новорожденных детей (10 мальчиков и 10 девочек) составили группу контроля.

Результаты и их обсуждение. В результате 25 родов родилось 25 детей, пороки развития не наблюдались. Неонатальный статус был сопоставим с контрольной группой. Постнатальное развитие детей было нормальным.

Анализ роста-весовых показателей обнаружил следующие результаты. Средний рост мальчиков при рождении был в пределах $51,5 \pm 2,5$ см, масса тела $4,2 \pm 1,8$ кг. При этом SDS роста был в пределах +3, SDS массы +4. Средний центиль 50. Средний рост девочек при рождении был в пределах $49,4 \pm 1,4$ см, масса тела $2,9 \pm 1,2$ кг. При этом SDS роста был в пределах +2, SDS массы +3. Средний центиль 50.

Таким образом, средние данные роста и массы тела были сопоставимы со здоровой группой контроля.

Заключение. Оценка физического развития детей, родившихся от индукции агонистами дофамина, показала соответствие полученных данных с группой контроля.

Нурматова З.И.

ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра сестринского дела Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ, Худжанд

Цель исследования. Оценка эффективности применения железосодержащих препаратов в профилактике фетоплацентарной недостаточности и перинатальных осложнений у беременных с анемией.

Материал и методы исследования. В данном исследовании с целью лечения анемии применялся препарат фолатин. Проведен анализ медицинской документации результатов приема фолатина в группах беременных женщин и в послеродовом периоде родильниц. Обследованы 50 пациенток городского родильного дома города Худжанда в период с 1 января 2022 года по 19 ноября 2022 года, которые были распределены в зависимости от возраста: 20-25 лет, 26-30 лет, 31-36 лет и старше. Среди них: первобеременные 22 (44%), повторобеременные 28 (56%), первородящие - 31 (62%), повторнородящие - 19 (38%). Анемия выявлена у всех женщин (100%), уровень гемоглобина (Hb) составил от 83 до 110 г/л в сроках от 22 нед беременности до 8 дней в послеродовом периоде. Из них ранее не получали лечение 19 женщин (38%) в течение месяца. В контрольную группу вошли 50 женщин, не получавших лечения в поздние сроки.

Результаты и их обсуждение. Железодефицитная анемия является распространенным осложнением при беременности и оказывает неблагоприятное влияние на состояние матери и плода, что обусловлено снижением содержания железа в сыворотке крови и костном мозге и, как следствие, снижением его депонирования. Изменения при железодефицитной анемии, приводящие к нарушениям гомеостаза у беременных, способствуют развитию акушерских осложнений, таких как выкидыши, преждевременные роды, плацентарная недостаточность, гипотрофия плода, слабость родовой деятельности и кровотечения.

В Таджикистане железодефицитная анемия во время беременности приобретает черты краевой патологии и наблюдается у

80% женщин. Учитывая, что в Таджикистане в последние годы отмечается значительный рост числа беременных с железодефицитной анемией, то становится очевидной актуальность изучения особенностей течения беременности, родов, становления лактационной функции женщин с сочетанием железодефицитной анемии.

У 56% женщин, страдающих анемией, уровень Hb составил до 100 г/л, через 2 нед. приема фолатина увеличился до 90—107 г/л во всех случаях, что составило 56%, через месяц уровень Hb увеличился до 115—124 г/л. В контрольной группе 26 (52%) женщинам с анемией при уровне Hb до 100 г/л лечение фолатином не проводилось.

Результат анализа крови в группе женщин, которые получали препарат в течение месяца, показал, что уровень Hb при исходном от 83 до 110 г/л через 2 нед повысился до 107-115 г/л, а через месяц - до 124-130 г/л. В контрольной группе этот показатель составил через 2 нед 97-104 г/л, а через месяц - 110-115 г/л.

Полученные результаты свидетельствуют о значительном влиянии фолатина на гемопоез, его применение способствует повышению уровня гемоглобина, благоприятно влияет на течение беременности и позволяет повысить число женщин, вступивших в роды с нормальными показателями Hb.

Заключение. Таким образом, препарат фолиевой кислоты (фолатин) может быть рекомендован для широкого применения в практическом здравоохранении в центрах репродуктивной здоровья, родильных домах для лечения анемий у беременных и родильниц в послеродовом периоде, особенно у перенесших кровопотерю в послеродовом и раннем послеродовом периодах или при кесаревом сечении. Данный препарат безопасен, прост в употреблении и не требует дополнительного обслуживания (беременная спокойно может принимать сама).

Нурматова З.И., Юсупова М.Р.

ВНУТРИУТРОБНОЕ РАЗВИТИЕ ПЛОДА И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НЕДОСТАТКЕ ЙОДА

Кафедра сестринского дела Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ, Худжанд

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

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе Городского родильного дома г. Худжанда за период ноябрь-декабрь 2022 г. Ретроспективно проанализированы истории родов 50 беременных, а также истории их 50 новорожденных детей. Основную группу составили 40 женщин с эутиреоидным зобом I-II степеней, не получавших во время гестации индивидуальную йодную профилактику, и их 40 новорожденных. Контрольную группу составили 20 пациенток с физиологически протекающей беременностью, не имеющие анамнестических и клинических данных о патологии щитовидной железы, не получавших йодную профилактику, и их 20 новорожденных. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту и паритету родов.

Результаты и их обсуждение. Анализ акушерского анамнеза показал, что нарушения менструальной функции имело место у 26% женщин основной группы, против 10% в контрольной группе; а наступлению настоящей беременности у пациенток с эутиреоидным зобом предшествовали выкидыши - 10%, мертворождения - 6%, первичное бесплодие - 4%, в контроле самопроизвольный аборт - у 3,3%. Течение пренатального периода у беременных с эутиреоидным зобом осложнилось угрозой прерывания беременности - в 54% (в контроле 13,3%), ранним токсикозом - в 40% (в контроле 10%), гестозом II половины беременности - в 50% (в контроле 13,3%), анемией - в 56% (в контроле 20%).

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

Анализ раннего неонатального периода выявил, что средняя масса тела новорожден-

ных в основной группе составляла 3206 г, в контроле - 3517 г; 20% детей основной группы имели массу >3800 г, что объясняется избыточным влиянием тиреотропного гормона на рост плода.

Также учитывались данные оценки по шкале Апгар: в основной группе - легкая степень гипоксии (6-7 баллов) имела у 60% новорожденных, средняя (5 баллов) - у 10%, тяжелая (4 балла) - у 8% (в контроле - 36%, 6,6% и 0% соответственно). В связи с интранатальной асфиксией в основной группе церебральная ишемия I-II степеней была выявлена в 18% (в контроле 10%), ишемия III степени - только в основной группе в 4% случаев.

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

Заключение. У женщин с эндемическим зобом имеет место высокая частота невынашивания беременности, патология перинатального периода в виде раннего токсикоза, анемии; осложненные дискоординацией и слабостью родовой деятельности течение родов.

В йододефицитных регионах у женщин нарушается репродуктивная функция, увеличивается число самопроизвольных абортов и мертворождений, возрастает перинатальная и детская смертность.

На развитие зоба у детей препубертатного возраста оказывает влияние комплекс медико-биологических и социально-гигиенических факторов.

У новорожденных чаще наблюдается отягощенное течение раннего неонатального периода, проявляющееся гипоксией разной степени тяжести, снижением адаптивных возможностей организма, перинатальным поражением ЦНС.

Несбалансированное питание является дополнительным фактором формирования эндемического зоба у детей.

Олимова Ф.К., Абдуллоева О.Р., Махкамов К.К.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕННОГО ТЕСТА КЛЕМЕНСА В КАЧЕСТВЕ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ ЛЕГКИХ У НЕДОНОШЕННЫХ ДО 34 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ

Кафедра неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ «Городской родильный дом №1», г. Душанбе

Цель исследования. Оценка эффективности проводимой глюкокортикоидной профилактики РДС по результатам пенного теста.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на клинической базе кафедры неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ в ГУ «Городской родильный дом №1» города Душанбе.

Проводился анализ перинатальных факторов риска рождения матерей и их обследованных детей. Объективный статус включал традиционную оценку 165 новорожденных с определением тяжести, особенностей течения заболевания, лабораторных методов исследования, в частности пенного теста Клеменса, при котором сразу после рождения производили у новорожденного забор желудочного содержимого (0,5-1 мл) и смешивали в стеклянной пробирке диаметром 1 см с 95% этанолом в равных соотношениях, с последующим интенсивным встряхиванием в течение 15 секунд. Через 15 мин после отстаивания в вертикальном положении оценивали на темном фоне.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время смертность маловесных и недоношенных детей занимает ведущие позиции в структуре перинатальных потерь и

обусловлена, в частности, их подверженности развитию критических состояний, таких как респираторный дистресс-синдром (РДС), бронхолегочная дисплазия (БЛД). В связи с этим под эгидой Европейского общества педиатрических исследований проводится разработка научно-доказательной стратегии вмешательств и на их основе рекомендаций, способствующих максимальной выживаемости детей с РДС с минимизацией развития возможных осложнений. Так, одной из составляющих благоприятного исхода является определение наличия РДС посредством оценки работы дыхания и степени аэрации легких. В части диагностики сообщается о возможности применения лабораторно-инструментальных тестов (пенный, УЗИ легких) для определения наличия или отсутствия сурфактанта в желудочном аспирате и возможного РДС. Учитывая диагностическую значимость пенного теста Клеменса в оценке зрелости легких, мы применили его в качестве критерия эффективности проводимой глюкокортикоидной профилактики СДР.

Данные эффективности проводимой глюкокортикоидной профилактики РДС по результатам пенного теста Клеменса отражены в таблице.

Результаты теста Клеменса в обследованных группах детей в зависимости от ГВ

ГВ в неделях	Общее число n- 165	Профилактика РДС полная n - 78	Профилактика РДС неполная n - 32	Профилактика РДС не проведена n-43	Профилактика РДС +стимуляция n-12
<28	30 (18,2%)	10 (33,3%)	4 (13,3%)	16 (53,4%)	-
Полож.	2 (6,7%)	2 (20,0%)	-	-	-
Слабо полож.	6 (20%)	3 (30,0%)	1 (25,0%)	4 (25,0%)	-
Отриц.	22 (73,3%)	5 (50,0%)	3 (75,0%)	12 (75,0%)	-
29-31	40 (24,2%)	19 (47,5%)	6 (15%)	9 (22,5%)	6 (15%)
Полож.	13 (32,5%)	9 (47,4%)	-	-	2 (33,3%)
Слабо полож.	13 (32,5%)	4 (21,1%)	3 (50,0%)	3 (33,4%)	2 (33,3%)
Отриц.	14 (35%)	6 (31,5%)	3 (50,0%)	6 (66,6%)	2 (33,4%)
32-34	95 (57,6%)	49 (51,6%)	22 (23,1%)	18 (19%)	6 (6,3%)
Полож.	71 (74,7%)	43 (87,7%)	6 (27,3%)	-	4 (66,6%)
Слабо полож.	20 (21%)	6 (12,3%)	16 (72,7%)	7 (38,9%)	2 (33,4%)
Отриц.	4 (4,3%)	-	-	11 (61,1%)	-
ВСЕГО	165	78 (47,3%)	32 (19,4%)	43 (26%)	12 (7,3%)
Полож.	86 (52,1%)	54 (69,2%)	6 (18,7%)	-	6 (50,0%)
Слабо полож.	39 (23,6%)	13 (16,7%)	20 (62,5%)	14 (32,6%)	4 (33,3%)
Отриц.	40 (24,3%)	11 (14,1%)	6 (18,8%)	29 (67,4%)	2 (16,7%)

Как видно из таблицы, у детей, родившихся в сроке менее 28 недель гестации, независимо от проведенной антенатально профилактики РДС, показатели теста Клеменса были отрицательными (73,3%). В обследованных группах лишь у детей, получивших профилактику, мы отмечаем положительный результат (20%). У остальных групп положительного теста мы не наблюдали. При этом отрицательный результат с одинаковой частотой чаще определялся в группе среди получивших РДС, частично и без.

У детей, родившихся в сроке 29-31 неделя гестации, показатели теста Клеменса в совокупности свидетельствовали о большей зрелости легочной ткани, поскольку отрицательный результат отмечен только у 35,0% больных. При этом в группе новорожденных, получивших профилактику РДС

этот результат был наименьшим (31,5%). Среди детей, получивших частично и не получивших профилактику, результаты были значительно выше и составили 50% и 66,6% соответственно. В группе детей со сроком гестации 32-34 недели мы прослеживали аналогичную тенденцию.

Заключение. Проведение теста Клеменса позволяет в определенной степени отражать степень зрелости легких и, соответственно, указывать на эффективность проведенной антенатальной стероидной профилактики РДС;

В качестве оценки степени зрелости легких и наличия возможного рекомендуется применение теста Клеменса для прогноза развития дыхательных нарушений у недоношенных в зависимости от полноты полученной их матерями глюкокортикоидной профилактики РДС.

Раупова Р.И., Аминова Ф.Н., Хасанова М.И., Мухамедов Ф.Э.

К ВОПРОСУ О ПОЗДНЕЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Кафедра детских болезней с неонатологией Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить особенности клинических и лабораторных проявлений, определить причины и способы профилактики и лечения детей с поздней геморрагической болезнью новорожденных (ГрБН).

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 40 детей за период с 2020 по 2022 гг., госпитализированных в реанимационное отделение ДОКБ г. Худжанда с нетравматическими внутричерепными кровоизлияниями.

Возраст пациентов составлял от 1 до 2 месяцев жизни.

Проанализированы результаты анамнестических, общеклинических, биохимических и коагулологических исследований, течение и исход заболевания.

При сборе анамнеза было выяснено, что все дети от практически нормально протекавшей беременности, срочных родов, находившиеся на естественном вскармливании.

Профилактическое введение витамина К1 в роддоме не проводилось ввиду временного отсутствия препарата. На 2-3 сутки все дети

были выписаны домой. Все дети поступили в стационар из дома.

Результаты и их обсуждение. В начале заболевания на 1-2 месяцах жизни у всех больных появлялся внезапный сильный плач. У 34 детей появилась упорная рвота, в 12 случаях - с примесью крови. Дети начинали стонать, отказывались от груди. У 32 детей отмечались судороги.

За 1-2 дня до поступления на коже появлялись геморрагические элементы. Единичные глубокие экхимозы диаметром от 5 до 20 мм обнаружены родителями 27 детей чаще на конечностях, реже на туловище. Мелкие множественные кровоизлияния на слизистой ротовой полости выявлялись при осмотре врачом в отделении реанимации. Почти у всех детей отмечалась длительная кровоточивость из места инъекции.

Все дети поступали в крайне тяжелом состоянии. У всех определялась декомпенсация легочной вентиляции, расстройства системного кровообращения, очаговая и общемозговая неврологическая симптоматика, нарушения свертывающей системы крови. В неврологическом статусе у 26 детей наблюда-

лись патологические формы дыхания в виде выраженного брадипноэ или апноэ. Стволовые рефлексы со слизистых (роговицы, глотки, трахеи) не вызывались. Отмечалась резкая сухость и отек слизистых ротовой полости, склер. Отсутствовал окулоцефалический рефлекс. Выявлялся фиксированный двусторонний паралитический мидриаз, диффузная мышечная атония. У всех детей большой родничок был выбухающим, плотным на ощупь, с отсутствием пульсации. У 17 детей констатированы признаки комы 3 степени (запредельная). Все больные, поступившие в отделение реанимации в состоянии запредельной комы, погибли. У 23 детей при поступлении в реанимацию была констатирована кома 1-2 степеней. Отмечались тонические судороги, преходящие симптомы поражения III, VI, VII пар черепно-мозговых нервов, тахипноэ. Большой родничок был плотным, выбухающим, но с сохранением пульсации. Реакция зрачков на свет, стволовые рефлексы со слизистых (роговицы, глотки, трахеи), окулоцефалический рефлекс оставались сохранными. У 7 больных в неврологическом статусе имелись признаки умеренно выраженной внутричерепной гипертензии.

В период с 2020 по 2022 гг. 23 ребенка были переведены в нейрохирургическое отделение для оперативного лечения. 18 детей выписаны с улучшением состояния, у 1 ребенка отмечалось повторное кровоизлияние. В дальнейшем у него диагностиро-

вана гемофилия А, у 2-х детей состояние не улучшилось. Всем проводилась коррекция ОЦК, нарушений гемостаза и метаболизма, а также противосудорожная и нейропротекторная терапия. Купирование кровоточивости начиналось с введения витамина К 1 в дозе 1 мг, трансфузии свежзамороженной плазмы в объеме 15 мл/кг. С прекращением кровоточивости (обычно через 10-12 ч) продолжалось дальнейшее введение менадиона натрия (внутримышечно) для создания депо по 5 мг/сут в течение 2-3 дней. Всем пациентам вследствие развития постгеморрагической анемии проводилось переливание эритроцитарной массы. В дальнейшем ни у одного из больных кровоточивости не было.

Заключение. Основным фактором развития поздней ГрБН явилось отсутствие её профилактики в роддоме. Все дети с ГрБН находились на естественном вскармливании, при котором в кишечнике находится флора, практически не способная синтезировать витамин К2. Считаем целесообразным внедрить в практику здравоохранения мероприятия по профилактике дефицита витамина К путем приема кормящей матерью поливитаминных комплексов, содержащих витамин К. Рассмотреть вопрос проведения профилактики ГрБН в роддоме менадионом натрия (викасол) при отсутствии витамина К1, как это принято в России. Это позволит избежать развития поздней ГрБН и предотвратить её осложнения.

Рахматуллаева М.А., Рахимов З.Я.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА - ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения бронхолегочной патологии детей на фоне врожденного порока сердца – дефекта межжелудочковой перегородки.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили 26 детей в возрасте от 2.5 месяцев до 15 лет, госпитализированных в детское кардиоре-

визионное отделение Медицинского комплекса «Истиклол». Основным диагнозом при поступлении была бронхолегочная патология, которой сопутствовал врожденный порок сердца (дефект межжелудочковой перегородки). Среди госпитализированных детей у 3 (11.5%), диагностирован бронхиолит, у 19 (73.1%) - очаговая и сегментарная пневмония в возрасте до 3-х лет. Диагноз

«острый бронхит» выявлен у 4 (15.4%) больных детей старшего возраста.

Для оценки состояния пациентов были использованы объективные методы исследования, показатели общепринятых лабораторных данных, а также инструментальные исследования (эхокардиография и обзорная рентгенограмма грудной клетки).

Результаты и их обсуждение. При обследовании было выявлено, что у всех пациентов основными жалобами были повышение температуры тела, кашель, одышка смешанного характера, цианоз носогубного треугольника. Осмотр выявил бледность с серовато-синюшным оттенком кожи, гипертермия 38°-39°С, кашель вначале заболевания сухой, который в дальнейшем переходил в продуктивный, одышку смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры, а у детей с пневмонией отмечались отставание пораженной половины грудной клетки, втяжение нижней апертуры грудной клетки (у больных до 6 месяцев). При перкуссии легких у детей с бронхитом и бронхиолитом отмечался коробочный оттенок звука, при поражении паренхимы легких, т.е. при пневмонии над областью поражения легочной ткани выявлялось укорочение или притупление перкуторного звука. Аускультативная картина бронхиолита выражалась в сухих и влажных мелкопузырчатых хрипах. При пневмонии на фоне ослабленного дыхания над пораженным участком легких вначале выслушивались сухие, а затем влажные хрипы. У пациентов

старшего возраста на фоне жесткого дыхания выслушивались сухие, иногда проводные хрипы. При исследовании сердечно-сосудистой системы у 14 (53.8%) детей отмечалась кардиомегалия, которая выражалась расширением границ относительной тупости сердца. У всех детей независимо от возраста отмечалась тахикардия в зависимости от степени дыхательной и сердечной недостаточности. Аускультативно прослушивалось усиление II тона над клапаном легочной артерии во втором межреберье слева от грудины и шум различной интенсивности на верхушке сердца в зависимости от диаметра дефекта у больных с пневмонией. При бронхиолите выслушивался систолический шум на верхушке сердца без акцента II тона, интенсивность шума в сердце зависела от возраста больного. У детей старшего возраста с картиной бронхита изменения со стороны сердца сопровождались лишь шумом и умеренной тахикардией.

Заключение. Патологические изменения со стороны органов дыхания у детей на фоне врожденного порока сердца - дефекта межжелудочковой перегородки протекают с более выраженными симптомами интоксикации, дыхательной и сердечной недостаточностью, которые коррелируют как с возрастом, так и с диаметром дефекта межжелудочковой перегородки, что необходимо учитывать при постановки диагноза и выборе тактики лечения в дальнейшем практическим врачам.

Саидмурадова Р.Х., Олимова Ф. К., Зурбекова Ш.Р.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА НА ЗДОРОВЬЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Кафедра неонатологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение факторов перинатального риска, влияющих на здоровье недоношенных детей, родившихся с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ, менее 1000 г).

Материал и методы исследования. В настоящее время произошло значительное улучшение уровня помощи глубоко недоношенным детям. Родившийся преждевременно ребенок получает специализированную помощь с первых минут жизни. В то же вре-

мя именно эти дети с осложнениями периода новорожденности составляют основную группу высокого перинатального риска.

Проведено исследование 52 недоношенных детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, и их матерей. Анализ состояния здоровья матерей показал, что экстрагенитальную патологию имели 88% женщин. Ведущее место в структуре соматической патологии женщин, родивших недоношенного ребенка с ЭНМТ, принад-

лежало анемиям - 81%, где выявлена прямая корреляция между показателем гемоглобина матери и массой тела ребенка. Также высокий перинатальный риск рождения недоношенного с ЭНМТ составили инфекционные заболевания матери, которые явились провокационным фактором угрозы прерывания беременности и преждевременных родов. Внутриутробная инфекция вирусной и смешанной этиологии составила 87% случаев. Нарушение маточно-плацентарного кровообращения, ведущее к снижению дыхательной функции плаценты, явилось в 53% случаев причиной рождения глубоко недоношенного ребенка.

Изучение состояния здоровья исследуемых недоношенных детей с ЭНМТ показало, что летальность в группе детей, родившихся массой тела ниже 1000 г, в последние 3 года снизилось с 88% до 55%. В то же время, именно эти дети с осложнениями периода новорожденности составили группу наивысшего риска перинатальных потерь и инвалидности в дальнейшей жизни. Среди медицинских аспектов, влияющих на прогноз глубоко недоношенного ребенка, следует в первую очередь выделить анатомо-физиологические особенности этих детей в виде глубокой незрелости органов и систем. В связи с этим синдром

респираторных расстройств у исследуемых группы детей занял первое место и составил 100%. Катамнестически неблагоприятным состоянием явилось поражение ЦНС в виде гипоксическо-ишемической энцефалопатии (86%), геморрагических повреждений мозга в виде внутричерепных кровоизлияний (79%) и перивентрикулярной лейкомаляции (32%), которые явились одной из главных причин летальности в неонатальном периоде.

Внутриутробная инфекция (ВУИ) как фактор преждевременного рождения ребенка и тяжести состояния проявилась в 38% случаев. Септический процесс был выявлен у 22% детей, среди которых смертность составила 100%.

Заключение. Таким образом, результат проведенного исследования свидетельствует о том, что недоношенные дети, особенно дети с ЭНМТ, должны являться объектом пристального внимания общества, так как составляют группу высокого перинатального риска по частоте заболеваемости, смертности дальнейшей инвалидности. Поэтому для снижения уровня рождения глубоко недоношенных детей необходимо постоянно совершенствовать программы антенатальной охраны плода и улучшать медико социальные проблемы беременных женщин.

*Сохибназарова Р.Х., Касымов О.И.,
Касымов А.О., Баезов Б.*

СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Исследовать в сыворотке крови больных витилиго содержание микроэлементов цинка, меди и железа.

Материал и методы исследования. В амбулаторных условиях обследовано 48 больных витилиго (22 мужчин и 26 женщин) в возрасте от 15 до 60 лет. Длительность заболевания составила от нескольких недель до 20 и более лет (в среднем $7,3 \pm 0,8$ лет): до 1 года дерматозом страдали 11 (22,9%) пациентов, от 1 года до 5 лет – 17

(35,4%), свыше 5 лет – 20 (41,7%). Начало заболевания у 22 (45,8%) больных отмечено в возрасте до 20 лет, у 26 (54,2%) – после 20 лет.

Причиной развития и прогрессирования заболевания 17 (35,4%) больных связывали с нервным стрессом (болезнь детей, родственников, смерть близких, семейные или профессиональные проблемы), 10 (20,8%) – с появлением пятен на месте травм кожи, ожогов, с беременностью, 21 (43,8%) больной причину витилиго не

смогли указать.

У 12 (25%) больных выявлен наследственно-обусловленный вариант витилиго: у 7 (14,6%) - по отцовской линии, у 5 (10,4%) - по материнской.

Распространенным типом витилиго страдали 37 (77,1%) пациентов, локализованным - 11 (22,9%). Вульгарный вариант распространенного витилиго, который проявился множественными разбросанными относительно симметрично расположенными очагами депигментированных пятен разных размеров и форм наблюдался у 15 (31,3%) больных, акрофациальный - очаги поражения располагались на коже лица и дистальных отделов верхних и нижних конечностей - у 8 (16,7%), смешанный (проявления вульгарного и акрофациального вариантов дерматоза сочетались) - у 14 (29,2%).

Среди локализованных форм фокальная разновидность витилиго, манифестировавшая одним или несколькими пятнами в одной из областей поверхности кожи, выявлена была у 6 (12,5%) больных, сегментарная (пятна локализовались, в основном, на одной стороне тела, имея, преимущественно, дерматомное расположение) - у 5 (10,4%).

Прогрессирующая стадия витилиго (увеличение в последние 2-3 месяца площади имеющихся пятен и/или появление новых очагов) определена у 27 (56,2%) больных, стационарная - у 21 (43,8%).

Содержание микроэлементов (цинка, меди, железа) в сыворотке крови определялось при помощи методов масс-спектрометрии и колориметрии в лаборатории «Диамед». В результате проведения анализов определяли среднее значение величины.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась вариационным методом с определением t-критерия Стьюдента. Значение $p < 0,05$ указывало на статистическую значимость различий.

Результаты и их обсуждение. Среди депигментированных дерматозов ведущее место занимает витилиго. Этиология и патогенез заболевания до конца не раскрыты. Среди многочисленных экзо- и эндогенных факторов определенное значение придается дисбалансу различных микроэлементов в крови и в коже (здоровой и пораженной) больных витилиго.

Для определения площади депигментированных пятен нами использовалось

«правило ладони», согласно которому ладонь и волярная поверхность пальцев эквивалентны 1% от общей поверхности тела. У 13 (27,1%) больных площадь депигментации составила 1-2% поверхности тела (легкая степень тяжести витилиго), у 23 (47,9%) - от 3% до 10% (средняя степень тяжести), у 12 (25%) - больше 10% (тяжелая степень)

В результате проведенных исследований установлено, что у больных витилиго наблюдается воспалительный процесс, сопровождающийся биохимическими нарушениями, которые выразились изменениями в обмене микроэлементов. Количественное содержание всех исследованных микроэлементов в сыворотке крови больных витилиго намного отличалось от данных контрольной группы: обнаружено низкое содержание меди, значительно (в 1,5 раза) уступающее данным здоровых людей (соответственно $9,6 \pm 0,8$ мкмоль/л и $14,4 \pm 1,1$ мкмоль/л, $p < 0,01$). Содержание цинка и железа в крови у больных витилиго было ниже, чем в контрольной группе соответственно в 1,6 раза и в 1,4 раза. Количество цинка у больных витилиго составило $11,3 \pm 0,9$ мкмоль/л, в контрольной группе - $17,7 \pm 1,3$ мкмоль/л ($p < 0,001$), содержание железа - соответственно $15,5 \pm 1,2$ мкмоль/л и $21,4 \pm 1,5$ мкмоль/л ($p < 0,01$)

Содержание исследованных микроэлементов в сыворотке крови больных зависело от продолжительности и тяжести (распространенности) заболевания. У больных с длительностью болезни более 5 лет, по сравнению с болеющими до 1 года, отмечено достоверное увеличение содержания цинка, содержание меди и железа - не отличалось. У больных с тяжелым течением заболевания (площадь депигментации более 10% поверхности тела) содержание цинка и меди было достоверно выше, чем у больных с относительно легкой формой заболевания (площадь депигментации 1-2%).

Заключение. Таким образом, исследования показали, что в сыворотке крови больных витилиго, по сравнению со здоровыми людьми, наблюдаются низкие цифры содержания микроэлементов цинка, меди, железа, что указывает на определенное, наряду с аутоиммунными, нейрогуморальными, окислительными и др. факторами, значение этих нарушений в патогенезе заболевания.

Табаров А.И., Тавуров Дж.К., Зоиров У.Э., Салимзода Дж.М.

АНАЛИЗ ФАРМАКОТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Республиканский клинический центр кардиологии

Цель исследования. Изучить структуру назначений лекарственных средств при остром коронарном синдроме на догоспитальном этапе в 2022 г. и провести оценку соответствия сложившейся практики современным рекомендациям.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное фармакоэпидемиологическое исследование догоспитального этапа лечения 114 пациентов с острым коронарным синдромом (острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией). Из 114 больных мужчины составили 76 и 38 женщин.

Результаты и их обсуждение. Сердечно-сосудистые заболевания в большинстве развитых стран продолжают оставаться ведущей причиной заболеваемости и смертности, наносящей значительный ущерб экономике. Острый коронарный синдром (ОКС), в который объединяют инфаркт миокарда (ИМ) с подъемом или без подъема сегмента ST и нестабильную стенокардию (НС), – одна из наиболее частых причин вызова кардиологических бригад скорой медицинской помощи (СМП). При развитии ОКС пациент нуждается в неотложной медицинской помощи: от покоя и физической разгрузки до ургентного инвазивного вмешательства (чрескожной коронарной баллонной ангиопластики, стентирования). Для своевременных и адекватных действий необходимы срочная госпитализация, непрерывное врачебное наблюдение, выполнение на всех этапах лечебно-диагностических мероприятий, максимально соответствующих современным представлениям о тактике ведения больных ОКС. Определяющим фактором лечения ОКС является адекватность медицинской помощи в первые часы заболевания, поскольку именно в этот период отмечается наивысшая летальность. Как показывает опыт западноевропейских

стран, действенным методом существенного улучшения медицинской помощи пациентам с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями является разработка группами экспертов клинических рекомендаций, следование которым в повседневной практике способствует существенному улучшению исходов заболеваний. С целью внедрения в повседневную лечебную практику обоснованных методов лечения больных ОКС специалистами Республиканского клинического центра кардиологии совместно с кафедрой Кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ ИПОвСЗРТ разработаны и опубликованы клинические рекомендации. Изучение и соблюдение клинических рекомендаций может оказывать существенное влияние на повседневную клиническую практику. Именно поэтому знания об эволюции лечения ОКС на догоспитальном этапе за последние годы необходимы для оптимизации фармакотерапии и разработки учебно-информационных мероприятий.

В 2022 г. на догоспитальном этапе лечения острого инфаркта миокарда частота применения ацетилсалициловой кислоты составила 97 (85,7%), клопидогреля - 22 (19,3%) и гепарина - 103 (90%). Соответственно применение других лекарственных средств составило: нитроглицерин - 74 (64,9%), амиодарон - 13 (11,4%), морфин - 42 (36,8%), трамадол - 14 (12,2%), БАБ - 21 (18,4%), дигоксин - 9 (7,9%), верапамил - 6 (5,2%), АТФ - 22 (19,2%), допамин - 3 (2,6%), мезатон - 4 (3,5%), церукал - 13 (11,4%), супрастин - 9 (7,9%).

Заключение. Структура применения лекарственных средств на догоспитальном этапе лечения острого коронарного синдрома отличается от существующих рекомендаций по терапии данного заболевания.

Хайруллоева Э.Д., Исмоилова М.А., Тиллоева Г.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кафедра педиатрии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить особенности течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Было обследовано 120 детей первых 3 лет жизни с острым обструктивным бронхитом, которые находились на лечении в детском пульмонологическом отделении Национального медицинского центра «Шифобахш» в 2020 году. По возрасту пациенты были разделены на 3 группы: до года – 48 детей, 1-2 года – 37 детей и 2-3 года – 35 детей.

Всем пациентам проводилось комплексное клиническое обследование с учетом жалоб, анамнестических данных, результатов физикальных методов обследования, общеклинических лабораторных и рентгенологических обследований органов грудной клетки.

Результаты и их обсуждение. Острые респираторные вирусные инфекции относятся к одной из ведущих причин развития бронхиальной обструкции у детей первых трех лет жизни. В англоязычной литературе бронхообструктивный синдром, формирующийся на фоне острой респираторной вирусной инфекции у детей младше шестилетнего возраста, получил название «virus-induced wheezing» - вирус-индуцированная одышка или «wheezing-associated respiratory infection» - одышка, ассоциированная с респираторной инфекцией. Как правило, у этих детей не удается установить семейной предрасположенности к атопии, однако у них определяется высокий уровень общего IgE в сыворотке крови. Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста уже на протяжении многих лет привлекает внимание ученых и практических врачей, что связано с гетерогенностью его генеза и трудностями диагностики, особенно в раннем возрасте. Острый обструктивный бронхит у детей раннего возраста сохраняет особую актуальность в современной педиатрии, несмотря на научно-практические достижения в области этиологии и патогенеза этого заболевания, внедрения в лечебную практику современных методов лечения. Это обусловлено высокой заболеваемостью, тяжестью течения возможностью рецидивирования бронхообструктивного синдрома. Распространенность обструктивного бронхита колеблется от 15% до 50%. У грудных детей частота выявления острого обструктивного бронхита достигает 90%.

В 2020 году в детском пульмонологическом отделении Национального Медицинского Центра «Шифобахш» прошли

лечение 550 детей с острым обструктивным бронхитом, из них детей первых трех лет жизни – 430 (65,7%). Обструктивный бронхит у детей – это воспалительное поражение бронхиального дерева, протекающее с явлением обструкции, т.е. нарушением проходимости бронхов, которое возникает под воздействием инфекционных или неинфекционных факторов. В числе вирусов, вызывающих обструктивный бронхит, отмечают респираторно-синцитиальный вирус (50%), вирусы парагриппа (30%), гриппа (15%), аденовирусы (10%), риновирус (10%), энтеровирусы (5-10%), цитомегаловирусы (2%). Среди бактериальных инфекций показана этиологическая роль хламидийной и микоплазменной инфекций (30-48%), *Haemophilus influenzae* (50%), *Streptococcus pneumoniae* (30,7%), *Moxarella catarrhalis* (17%), *Staphylococcus aureus* (2%).

Большое значение в развитии синдрома бронхообструкции имеет аллергия.

Частое развитие острого обструктивного бронхита у детей первых лет жизни обусловлено функциональными особенностями органов дыхания в этом возрасте: узостью дыхательных путей, недостаточной эластичностью хрящей бронхиального дерева, недостаточным развитием гладкой мускулатуры бронхов, что является одним из подтверждений теории относительной незрелости всех органов и систем у детей раннего возраста.

Среди обследованных 120 пациентов дети первого года жизни болели острым обструктивным бронхитом чаще (55,3%), чем второго (26,0%) и третьего лет жизни (18,7%). У мальчиков (63,6%) обструктивный бронхит отмечался чаще, чем у девочек (36,4%).

Острый обструктивный бронхит у детей часто протекал на фоне отягощенного преморбидного фона. Пищевая аллергия отмечалась у 54,6% пациентов, атопический дерматит – у 21,6%, анемия – у 16%, искусственное вскармливание – у 64,8%, избыточная масса тела - у 29,5% детей.

У всех обследуемых средняя масса тела при рождении была в пределах нормальных значений - 3450 ± 480 г: у мальчиков – 3475 ± 502 г, у девочек – 3456 ± 390 г. На момент обследования индекс массы тела (ИМТ) в пределах 25-75 перцентилей был менее чем у половины (42,7%) обследуемых детей с острым обструктивным бронхитом. Превышающий 90 перцентилей ИМТ был выявлен почти у каждого третьего ребенка (29,5%) с обструктивным бронхитом. Менее 25 перцентилей ИМТ был выявлен только у 19,2% детей.

Детей с острым обструктивным бронхитом, находящихся на искусственном вскармливании до 4 месяцев, было достоверно больше - 64,8%, чем на смешанном (17,7%) и естественном (17,5%) вскармливании.

Исключительно на грудном вскармливании находились в течение первых 4 месяцев всего 17,5% обследуемых детей, к 5 месяцам получали только грудное молоко (в том числе без прикормов) всего 7,8%, к 6 месяцам – 5,1% детей. Продолжали получать грудное молоко наряду с другой пищей к годовалому возрасту всего 4,3% детей, имеющих обструктивный бронхит.

Клиническая картина острого обструктивного бронхита определялась в начале заболевания симптомами острой респираторной вирусной инфекции. В дальнейшем симптомы острого обструктивного бронхита у детей нарастали.

Основная часть детей поступала с признаками острой респираторной инфекции, которая проявлялась ринитом (87,5%), фарингитом (90%), катаральным отитом (10%), реже - конъюнктивитом (5%).

Признаки экспираторного затруднения дыхания могут появиться в первый день заболевания или позже – на 3-4 день. Обструктивный синдром у пациентов развивался на $3,7 \pm 0,3$ сутки от начала респираторного заболевания и продолжался $6,3 \pm 0,7$ дней.

Одышка возникала у всех детей и имела преимущественно экспираторный характер (75%). Лихорадка отмечалась у 57,5% детей и длилась $3,4 \pm 0,5$ дней. Субфебрильная температура была выявлена у 25% детей.

Частый продуктивный кашель имел место у 36,4% детей, редкий малопродуктивный кашель отмечался у 63,6% пациентов, что связано с недостаточным мукоцилиарным клиренсом в этом возрастном периоде. Кашель продолжался в течение $9,7 \pm 5,0$ дней.

Дыхательная недостаточность 1 степени отмечалась достоверно чаще у детей с

острым обструктивным бронхитом (85,3%), чем дыхательная недостаточность 2 степени (14,7%). Чаще встречалась у мальчиков и у детей первого года жизни.

При перкуссии легких у всех детей отмечался легочный звук с коробочным оттенком. При аускультации легких выслушивалось жесткое дыхание, удлиненный выдох, сухие свистящие и рассеянные влажные хрипы над всей поверхностью легких. Рентгенологически у всех обследованных детей выявлены признаки бронхита.

У детей первого года жизни острый обструктивный бронхит отличался развитием бронхообструкции в первый день заболевания ($0,7 \pm 0,08$ дней), формированием преимущественно более тяжелых форм с преобладанием дыхательной недостаточности 2 степени (67,8%), развитием смешанной одышки. Сопровождался навязчивым сухим, приступообразным кашлем (83,4%), диффузными влажными разнокалиберными хрипами при аускультации (53,3%), более длительным течением заболевания ($11,3 \pm 2,6$ дней), по сравнению со 2-й и 3-ей возрастными группами, $p < 0,05$.

Заключение. Наиболее часто острый обструктивный бронхит отмечается у детей первых трех лет жизни, преимущественно на первом году жизни. Мальчики болеют острым обструктивным бронхитом чаще, чем девочки. В развитии острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста имеют значение особенности постнатального периода: ранний перевод на искусственное вскармливание, избыточная масса тела, пищевая аллергия.

Клиническая картина острого обструктивного бронхита у детей первого года жизни отличается более выраженным и длительным течением заболевания. Дыхательная недостаточность 1 степени с обструктивным бронхитом преобладала у детей раннего возраста.

¹Хамидов М-Э.Х., ²Огай М.А., ²Ахмедов Ф.А., ²Ахмедова М.А.

РАЗРАБОТКА И ИССЛЕДОВАНИЕ СИРОПА С АЗОКСИМЕРА БРОМИДОМ

¹Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, Российская Федерация

²Научно-исследовательский фармацевтический центр Республики Таджикистан

Цель исследования. Разработка и исследование жидкой лекарственной формы – 0,1% сиропа с азоксимера бромидом (полиоксидонием).

Материал и методы исследования. Анализ сиропа с азоксимера бромидом проводили спектрофотометрически. Навеску определяемого образца, эквивалентную 50 мг вещества, помещали в мерную колбу вместимостью 25 мл, растворяли в 0,9% растворе натрия хлорида, доводили до метки тем же растворителем и фильтровали (раствор А). 1 мл раствора А переносили в мерную колбу вместимостью 25 мл, доводили объём раствора до метки 0,005 М раствором меди (II) сульфата и выдерживали в течение 15 минут, периодически перемешивая (раствор Б).

Для изготовления раствора сравнения в мерную колбу вместимостью 25 мл помещали 1 мл воды очищенной, доводили объём раствора до метки 0,005 М раствором меди (II) сульфата и выдерживали в течение 15 минут. Измеряли оптическую плотность растворов Б в области длин волн от 220 до 350 нм в кювете с толщиной слоя 1 см.

Результаты и их обсуждение. Азоксимера бромид (полиоксидоний) назначается при лечении и профилактике острых и хронических респираторных заболеваний в

стадии обострения и ремиссии, рецидивирующей герпетической инфекции назальной и лабиальной области. Представляет собой сополимер N-оксида 1,4-этиленпиперазина и (N-карбоксиэтил)-1,4-этиленпиперазиния бромида. Азоксимера бромид входит в перечень ЖНВЛП (жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения) Минздрава РФ. Анализ фармацевтического рынка выявил наличие раствора и лиофилизата для инъекций и местного применения, таблеток, суппозиторий вагинальных и ректальных. Наличие скорректированной жидкой лекарственной формы не выявлено.

Получили 0,1% сироп на фруктозе. Оптимальная концентрация фруктозы, обеспечивающая микробиологическую стабильность, составила 50%.

Спектр поглощения исследуемого сиропа имел максимумы поглощения при 264 нм, что свидетельствует о подлинности определяемого вещества.

Содержание азоксимера бромида в разработанном сиропе составило $0,129 \pm 0,004$.

Заключение. Таким образом, нами спектрофотометрически определено содержание азоксимера бромида в сиропе ($0,129 \pm 0,004$).

Холинова М.М.

ИММУННЫЙ СТАТУС НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ВСЛЕДСТВИЕ ЗВУР

Кафедра детских болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить клеточный и гуморальный иммунитет у только что родившихся детей с низкой массой тела.

Материал и методы исследования. Исследования были проведены у 35 новорождённых детей, родившихся в ГРД № 1 г. Душанбе. Контрольную группу составили 20 доношенных новорождённых, масса тела которых при рождении была более 2500 г. Основную группу составили 15 новорождённых массой тела при рождении 1500–2499 г с несоответствием массы гестационному возрасту.

Кровь для исследования бралась из вены пуповины сразу после пережатия и отсечения пуповины со стороны плаценты в объёме 5 мл.

Исследования на иммунный статус проводились в лаборатории «Диамед».

Анализ данных проводился на ПК с использованием прикладного пакета «Statistica 12» (StatSoftInc., USA). Для обеих групп вычисляли средние значения и их ошибку ($M \pm SE$). Различия вычисляли критерием Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что у детей с низкой массой тела клеточный иммунитет статистически значимо не отличался от такового у новорождённых детей с нормальной массой тела. Среднее значение в основной группе по маркеру CD 3 составило $39,9 \pm 1,4\%$ против $42,6 \pm 1,5\%$ в контрольной группе ($p > 0,05$), по

CD 4 – $26,3 \pm 0,8\%$ и $27,9 \pm 1,0$ соответственно ($p > 0,05$), по CD 8 – $14,1 \pm 0,6\%$ и $14,7 \pm 0,8$ соответственно ($p > 0,05$), по CD 20 – $16,3 \pm 0,8\%$ и $17,1 \pm 0,6\%$ соответственно ($p > 0,05$), по CD 95 – $14,5 \pm 2,1\%$ и $12,7 \pm 1,8\%$ соответственно ($p > 0,05$), по CD 25 – $5,9 \pm 1,9\%$ и $5,6 \pm 1,6\%$ соответственно ($p > 0,05$), по CD 71 – $5,2 \pm 1,7\%$ и $4,4 \pm 1,4\%$ соответственно ($p > 0,05$), по CD 32 – $53,8 \pm 4,2\%$ и $60,4 \pm 2,7\%$ соответственно ($p > 0,05$) и по CD 16 – $1,5 \pm 0,6\%$ и $2,3 \pm 0,7\%$ соответственно ($p > 0,05$).

Результаты исследования гуморального иммунитета выявили, что по Ig G в основной группе значение статистически значимо ниже, чем в контрольной группе. Так, если в контрольной группе среднее содержание IgG было $10,7 \pm 0,5$ г/л, то в основной группе данный показатель составил $8,5 \pm 0,7$ г/л ($p = 0,030$; $Z = 2,15$). Среднее содержание IgM и IgA в обеих группах статистически значимо не отличалось. Средней уровень IgM у детей основной группы был $0,28 \pm 0,10$ г/л, в контрольной группе – $0,12 \pm 0,02$ г/л ($p > 0,05$). Средний уровень IgA у детей основной

группы составил $0,63 \pm 0,22$ г/л, в контрольной группе – $0,35 \pm 0,02$ г/л.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что снижение массы тела в результате ЗВУР до диапазона 1500-2499 г не влияет на клеточный компонент иммунитета, а в гуморальном снижается только продукция IgG. Учитывая тот факт, что IgG при инфекционных процессах вырабатывается после IgM и IgA, но при этом на длительное время сохраняет информацию о возбудителе, его низкое значение у детей с низкой массой тела при рождении может оказаться негативным фактором для комплексной защиты организма.

Заключение. Таким образом, клеточный компонент иммунного статуса у новорождённых детей с массой тела 1500-2499 г не имеет статистически значимых отличий от таковой у новорождённых детей с массой более 2500 г. Однако у детей основной группы было выявлено статистически значимое снижение среднего уровня IgG.

Холов С.С., Ахунова Н.Т., Сафаров З.Ш., Мухторзода А.Н.

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА

Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить иммунологический статус больных с болезнью Бехчета.

Материал и методы исследования. Нами изучено состояние иммунитета и показателей цитокинов у 26 больных с болезнью Бехчета, наблюдавшихся в условиях ревматологического отделения НМЦ «Шифобахш» с 2015 по 2022 гг.

Все пациенты соответствовали классификационным критериям Международной группы по изучению ББ (ISGBD) 1990 г. и Международным критериям ББ (ICBD) (2014).

Результаты и их обсуждение. У больных с болезнью Бехчета отмечается статистически достоверное снижение относительного количества CD3-клеток ($49,74 \pm 0,65$ против $59,03 \pm 0,92\%$; $p < 0,01$) и CD4-клеток ($30,67 \pm 0,62$ против $37,21 \pm 0,40\%$; $p < 0,01$), по сравнению с контрольной группой. Содержание другой популяции Т-лимфоцитов – CD8-клеток, напротив, было склонно к повышению

($26,11 \pm 0,89$ против $17,21 \pm 0,44\%$; $p > 0,05$). В подгруппе больных с ББ отмечается достоверное снижение иммунорегуляторного индекса ($1,47 \pm 0,04$ против $2,09 \pm 0,06$; $p < 0,01$). При этом у больных с ББ отмечалось статистически достоверное увеличение уровня трех классов иммуноглобулинов IgA ($2,68 \pm 0,05$ против $2,32 \pm 0,05$ г/л; $p < 0,05$), IgM ($1,74 \pm 0,02$ против $1,39 \pm 0,07$ г/л; $p < 0,05$) и IgG ($20,33 \pm 0,55$ против $12,11 \pm 0,37$ г/л; $p < 0,01$), по сравнению с контрольной группой.

Также у больных в общей группе с болезнью Бехчета в сыворотке крови наблюдается нарушение цитокинового статуса, выражающееся повышением уровня провоспалительного цитокина ФНО- α и снижением концентрации противовоспалительного цитокина ИЛ-6.

Заключение. Таким образом, у больных с болезнью Бехчета установлены нарушения в иммунном статусе, выражающиеся снижением активности клеточного (CD3, CD4, ИРИ) и усилением гуморального звена (IgA,

IgM, IgG) иммунитета. Кроме этого, имеются нарушения цитокинового статуса, что проявляется снижением содержания ИЛ-6

и повышением уровня цитокина ФНО- α , которые ассоциировались с давностью заболевания.

Холов С.С., Шукурова С.М., Зоидова Ф.М.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

¹ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗиСЗНРТ
²Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить клиничко-инструментальную характеристику мозговых проявлений у больных с болезнью Бехчета (ББ) в популяции Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили 28 больных с установленным диагнозом НББ, поступивших в ревматологическое отделение НМЦ «Шифобахш» в 2014-2022 гг. Их возраст на начало НББ составлял $27,6 \pm 8,6$ года, соотношение мужчин и женщин составляло 1,24:1.

Демографические данные и клинические особенности пациентов были зарегистрированы путем просмотра медицинских карт. Диагноз НББ верифицировался согласно критериям, разработанным Международной группой по изучению ББ (ISGBD, 2014).

Оценивались данные физикальных и общеклинических методов обследования, в том числе МРТ структур головного мозга. Каждый больной консультировался невропатологом.

Результаты и их обсуждение. Среди жалоб при поступлении лидирующие позиции занимают головные боли - у 23 (82,1%) больных, тошнота и рвота - у 12 (42,7%). С одинаковой частотой наблюдались головокружение и психоэмоциональные расстройства - 67,9%. В меньшей степени были отмечены двигательные и когнитивные нарушения - у 8 (28,6%) и 7 (25%) соответственно. В 57,1% случаев неврологические проявления наблюдались на

поздних сроках (7-9 год) и лишь в 14,3% случаев мозговые изменения наблюдались в дебюте болезни (1-2 год).

МРТ-изменения были отмечены у подавляющего большинства больных с НББ - 26 (92,9%). Интересен факт отсутствия мозговых клинических проявлений у двоих больных ББ, хотя МРТ - картина была достаточна яркая. Структурная характеристика МРТ-изменения у больных с НББ представлена гидроцефалией - 22 (84,6%), атрофическими изменениями зрительных нервов - 11 (42,3%), признаками лакунарного инфаркта - 8 (30,8%), формированием пустого «турецкого» седла - 15 (57,7%). Наряду с вышеуказанными изменениями отмечались и поражения синусов: гайморит - 8 (30,8%), сфеноидит - 11 (42,3%). Лишь у 1 (3,8%) больного МРТ-признаки патологического образования и очагового поражения головного мозга не установлены.

Заключение. Таким образом, диапазон мозговых проявлений у обследованных больных НББ весьма разнообразен - от головных болей до двигательных и когнитивных нарушений, при этом их частота прогрессирует с длительностью болезни.

МРТ-картина структур головного мозга больных ББ весьма разнообразна и имеет большое диагностическое значение уже на ранних стадиях болезни, зачастую опережая клинические проявления.

Шамсов Б.А., Файзуллоев Ф.А.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

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

Цель исследования. Изучение влияния вида вскармливания на состояние здоровья детей раннего возраста с врожденными пороками сердца (ВПС).

Материал и методы исследования. Обследованы 52 ребенка в возрасте от 1 месяца до 1 года с врожденными пороками сердца (ВПС) за 2019 год на базе ГУ НМЦ «Шифобахш».

Первую группу составляли 24 ребенка грудного возраста на фоне ВПС, находившихся на естественном вскармливании, во вторую группу вошли 28 детей грудного возраста на фоне ВПС с искусственным вскармливанием молочными смесями.

Всем детям проведены общеклинические, антропометрические исследования.

Результаты и их обсуждение. Детей, которые принимали грудное молоко, было 54%, средний возраст составил 7 мес., острая недостаточность питания проявлялась в виде: 1 ст. - 12 больных, острая недостаточность питания - 2 ст. - 6 больных, острая недостаточность питания 3 ст. - 4 больных, острая недостаточность питания 4 ст. - 2 больных. Длина тела в целом у наблюдаемых детей соответствовала значениям среднего уровня и составляла $64,0 \pm 6$ см. У детей до 1 года с ВПС масса тела в среднем составляла $7,5 \pm 1$ кг.

Детей, которые находились на искусственном вскармливании, было 46%. Средний возраст составляло 6 мес. Острая недостаточность питания 1 ст. имела у 8 больных, острая недостаточность питания 2 ст. - у 10 больных, острая недостаточность питания 3 ст. - у 6 больных, острая недостаточность питания 4 ст. - у 4 больных. Длина тела в целом у наблюдаемых детей соответствовала значениям среднего уровня и составляла

$61,0 \pm 4$ см. У детей до 1 года с ВПС масса тела в среднем составляла 7 ± 1 кг.

Дети, которые принимали исключительно грудное вскармливание до 6 месяцев, составили 60% от естественное вскармливания. Больные, которые находились на искусственном вскармливании чаще принимали смеси NAN, Nestle, Малютка. После 6 месяцев начинали принимать прикорм в виде овощного пюре.

Показатель заболеваемости респираторными инфекциями среди детей, находящихся на искусственном вскармливании, был достоверно выше. Анализ общей заболеваемости в обеих группах выявил одинаковую структуру патологии: ОРВИ, бронхит, пневмония, энтероколит - 50% в первой, во второй группе у 61% больных: ОРВИ, бронхит, пневмония, энтероколит - 68% соответственно. У детей имется сопутствующие заболевания: рахит, острая недостаточность питания, анемия, перинатальная энцефалопатия, болезнь Дауна.

Таким образом, комплексная оценка здоровья выявила, что к концу 1-го года жизни среди детей 1 группы с ВПС 60% имели III группу здоровья, 40% ($n = 18$) детей - IV группу здоровья, а у детей 2 группы с ВПС 35% имели III группу здоровья, 65% детей - IV группу здоровья.

Заключение. Существенная роль в формировании здоровья детей раннего возраста принадлежит грудному вскармливанию. При сравнении физического и нервно-психического развития детей на первом году жизни достоверных различий не выявлено. Общая заболеваемость детей, находящихся на грудном вскармливании, достоверно ниже заболеваемости детей, находящихся на искусственном вскармливании.

Шамсов Б.А., Файзуллоев Ф.А., Набиева Ш.З.

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

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

Цель исследования. Оценить состояние нутритивного статуса у детей раннего возраста с врожденными пороками сердца.

Материал и методы исследования. Обследовано 60 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет с врожденными пороками сердца

(ВПС) за 2016 год. Первую группу составили 30 детей раннего возраста на фоне ВПС, находившихся на естественном вскармливании, во вторую группу вошли 30 детей раннего возраста на фоне ВПС с искусственным вскармливанием.

Всем детям проведены общеклинические, антропометрические и биохимические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Состояние всех обследуемых детей расценено, как тяжёлое, связанное с основным заболеванием. У них отмечались одышка (ЧД 35-50 в минуту), повышение ЧСС (100-155 ударов в минуту), цианоз носогубного треугольника, беспокойство и снижение аппетита, которые сочетались с выраженными симптомами интоксикации, кашель (наблюдались за счет пневмонии и обструктивного бронхита), диарея, вздутие живота (энтероколита).

У исследуемых детей было выявлено беспокойство, гипорефлексия, гипотония мышц, снижение тургора тканей, сухость кожи, отставание в росте от нормы до 3 см, слабость, снижение аппетита, утомляемость. При аускультации выслушивался систолический шум разной интенсивности в зависимости от вида ВПС.

Дети находились на стационарном лечении по поводу гипотрофии, пневмонии, обструктивного бронхита, энтероколита, перинатальной энцефалопатии. У детей первой группы отмечались гипотрофия 1 ст. - 15 детей, 2 ст. - 10 детей, 3 ст. - 5. У больных второй группы отмечались гипотрофия 1 ст. - 7

детей, 2 ст. - 10 детей, 3 ст. - 13 больных. При исследовании анализов крови было выявлено незначительное снижение уровней белка (56 ± 5 г/л), кальция, фосфора, натрия и хлора у больных I группы. У больных II группы отмечалось снижение белка (50 ± 5 г/л), кальция ($1,4 \pm 6$ моль/л), фосфора ($0,8 \pm 0,2$ моль/л), натрия (128 ± 4 моль/л) и калия ($3,2 \pm 0,5$ моль/л). Средний уровень глюкозы в крови у детей с ВПС составил $3,2 \pm 0,8$ моль/л. Кроме этого, у детей уровень мочевины в плазме крови равнялся $5,0 \pm 0,9$ ммоль/л.

Динамический контроль белка, мочевины и креатинина способствует ранней диагностике белковой недостаточности или катаболической направленности обмена веществ у детей раннего возраста с ВПС, что диктует необходимость увеличения количества белка и калорийности питания.

Заключение. Таким образом, у детей раннего возраста с ВПС должны своевременно диагностировать нутритивную недостаточность для профилактики ослабления иммунитета и реактивности организма, послеоперационных осложнений. Коррекцию расстройств питания у детей с ВПС возможно проводить, изменяя состав питания, с добавлением смеси (F75 – F100) к основному питанию.

Шейхмагомедова П.А., Попов И.В., Попова О.И.

СОСТАВ ФЕНОЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ ФАЦЕЛИИ ПИЖМОЛИСТНОЙ, ВЫРАЩИВАЕМОЙ В ДАГЕСТАНЕ

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, Пятигорск, Россия

Цель исследования. Изучение состава фенольных соединений надземной части фацелии пижмолистной.

Материал и методы исследования. В качестве объекта исследования использовали траву фацелии пижмолистной, заготовленную в период массового цветения (июнь 2022 г.). Сушили сырье воздушно-теневым способом, хранили в бумажных мешках в сухом прохладном месте.

Для установления качественного состава фенольных соединений получали извлечение на 70% спирте этиловом по стандартной методике (Химический анализ, 1983), которое использовали для качественных

реакций (цианидиновая проба, реакции – с диазореактивом, борно-лимонным реактивом, раствором ванилина в хлористоводородной кислоте, свинца ацетатом, железа (III) хлоридом, натрия гидроксидом, алюминия хлоридом), а также для хроматографии в тонком слое сорбента (ТСХ) и высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ). Состав агликонов гидроксикоричных кислот и флавоноидов исследовали после предварительного гидролиза, который производили при кипячении сырья на водяной бане в колбе с обратным холодильником с 10% спиртовым раствором серной кислоты в течение

45 минут. Пробоподготовка гидролизата для проведения ВЭЖХ анализа включала рекстракцию фенольных соединений смесью этилацетат – диэтиловый эфир (1:1), промывание органического извлечения водой очищенной до нейтральной реакции, сушку (40 °С), растворение сухого остатка в спирте этиловом 95%. Дубильные вещества определяли в водном извлечении с раствором желатина, свинца ацетата и железа (III) аммония сульфата. Для ТСХ анализа использовали пластинки «Сорбфил ПТСХ-АФ-А-УФ», система БУВ (4:1:2) – для флавоноидов; бензол – метанол (8:12), хлороформ – метанол (4:1) – для фенолкарбоновых кислот. ВЭЖХ анализ проводили совместно к.ф.н. Морозовым А.В., использовали систему Ultimate 3000 (фирма «Dionex», США) со спектрофотометрическим детектором, условия хроматографирования: колонка Phenomenex Luna C18, температура колонки 30 °С, зернение сорбента 5 мкм, подвижные фазы содержали ацетонитрил и воду в соотношениях 20:80, 30:70, 50:50, 70:30, 80:20 с добавлением фосфорной кислоты и без нее.

Результаты и их обсуждение. Фацелия пижмолистная (*Phacelia tanacetifolia* Benth.), семейства водолитниковые (Hydrophyllaceae) возделывается в ряде регионов России (на юге – Краснодарский и Ставропольский края, Дагестан, Северная Осетия; а также в Сибири)

как продуктивный медонос. Несмотря на значительную сырьевую массу, возможность семенного размножения, применение в народной медицине при заболеваниях печени и почек, в настоящее время заготовка сырья фацелии пижмолистной для медицинских целей не проводится.

Данные об изученности химического состава, полученные нами при фитохимическом анализе надземной части фацелии пижмолистной, показывают, что наиболее перспективными являются фенольные соединения.

В результате анализа, который проводили со стандартными образцами, установлено, что в надземной части фацелии пижмолистной содержатся феноло- и оксикоричные кислоты (галловая, хлорогеновая, феруловая, кофейная), флавоноиды (лютеолин-7-гликозид), лютеолин, апигенин, рутин, гиперозид, кумарины (умбеллиферон).

Заключение. Таким образом, установлено, что фенольные соединения в надземной части фацелии пижмолистной представлены флавоноидами, дубильными веществами, фенолокислотами, оксикоричными кислотами и кумаринами. Полученные результаты могут быть использованы для обоснования показателей качества перспективного вида сырья – фацелии пижмолистной трава и возможностей ее применения в официальной медицине.

Шукурова С.М., Зоидова Ф.М., Бобоева П.Т.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ КАК ФАКТОР РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между гиперурикемией и факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили 64 больных с кардиоваскулярными заболеваниями, поступившие в отделение кардиореанимации за период 2021 – 2022 гг. Средний возраст - 57,9±14,2 лет, из них мужчины – 39 (60,9%), женщины - 25 (39,1%).

Все больные прошли полное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Измерялись показатели уровня

мочевой кислоты в сыворотке крови (МКК), роста, массы тела, систолического артериального давления (САД), диастолического артериального давления (ДАД), курения, употребления алкоголя, уровня глюкозы в крови, холестерина и триглицеридов.

Результаты и их обсуждение. Среди факторов риска артериальная гипертензия, сахарный диабет, курение и употребление алкоголя наиболее часто встречались у больных с гиперурикемией, по сравнению с нормоурикемией. По сравнению с мужчинами с нормоурикемией, муж-

чины с гиперурикемией имели больший рост, массу тела, индекс массы тела (ИМТ) ($31,2 \pm 6,7$ против $27,6 \pm 6,8$), САД ($160,4 \pm 24,5$ против $140,5 \pm 20,4$ мм рт. ст.), ДАД ($90,4 \pm 18,6$ против $84,5 \pm 14,6$ мм рт. ст.), уровень холестерина ($7,2 \pm 3,4$ против $5,7 \pm 2,7$ ммоль/л) и триглицеридов ($2,7 \pm 1,8$ против $2,3 \pm 1,6$ ммоль/л). По сравнению с женщинами с нормоурикемией, женщины с гиперурикемией были старше и имели большую массу тела, ИМТ ($32,8 \pm 7,2$ против $28,9 \pm 6,8$ кг/м²), САД ($164,4 \pm 24,1$ против $142,5 \pm 20,3$ мм рт. ст.), ДАД ($94,4 \pm 16,4$ против $86,5 \pm 15,6$ мм рт. ст.), уровень глюкозы ($7,2 \pm 3,4$ против $6,4 \pm 2,3$

ммоль/л) и триглицерид ($2,9 \pm 1,9$ против $2,4 \pm 1,7$ ммоль/л).

Заключение. Повышенная концентрация мочевой кислоты в сыворотке была тесно связана с ожирением и гиперлипидемией как у мужчин, так и у женщин. Эти результаты показали, что среди пациентов с гиперурикемией следует уделять больше внимания возможности сердечно-сосудистых осложнений. Эти результаты могут обеспечить новую цель или возможное новое лечение сердечно-сосудистых заболеваний за счет снижения уровня мочевой кислоты в сыворотке.

Шукурова С.М., Одинаев П.Х., Рахматуллоев Х.Ф.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить частоту хронической сердечной недостаточности (ХСН) у лиц пожилого и старческого возраста с фибрилляцией предсердий (ФП), включенных в госпитальный регистр.

Материал и методы исследования. Пациенты, включенные в госпитальный регистр, обследованы в кардиологическом отделении МЦ «Истиклол». В исследовании приняли участие 664 пациента с ФП обоего пола. Из них 48,8% (322 человека) обследованных пожилого возраста (медиана возраста: 67 [63;69] лет) и 35,8% (236 человек) - старческого (медиана возраста: 77 [76;80] лет). Общее количество лиц старших возрастных групп составило 84,7% (558 человек) (медиана возраста: 72 [66;76] года).

Диагнозы ФП и ХСН устанавливались в соответствии с действующими рекомендациями.

Результаты и их обсуждение. Анализ частоты ХСН в зависимости от формы ФП показал, что при пароксизмальной форме ФП ХСН была у 51,2% обследуемых (61,9 мужчин и 45,7% женщин), при персистирующей – у 35,3% (37,8 мужчин и 34,5% женщин) и при перманентной – у 65,3% (67,2 мужчин и 63,5% женщин). У пациентов в

возрасте 60–74 года при пароксизмальной форме ФП частота ХСН составила 52,2% (61,1 мужчин и 42,4% женщин), при персистирующей – 35,7% (41,9 мужчин и 32,8% женщин), при перманентной – 64,5% (65,6 мужчин и 63,1% женщин). Среди пациентов в возрасте 75 лет и старше с пароксизмальной формой ФП частота ХСН составила 50% (66,7 мужчин и 47,9% женщин), с персистирующей – 34,5% (16,7 мужчин и 36,7% женщин) и с перманентной – 66,1% (70,2 мужчин и 63,7% женщин) соответственно. Перманентная форма встречалась чаще в сравнении с пароксизмальной ($p < 0,05$) и персистирующей формами ФП ($p < 0,05$). ХСН при перманентной форме ФП наблюдается чаще у пациентов старческого возраста (66,1 против 64,5%), персистирующая и пароксизмальная формы ФП – чаще у пациентов с ХСН в возрасте 60–74 года (35,7 против 34,5% и 52,2 против 50%). Однако статистически значимых различий между группами при этом не установлено.

Заключение. Таким образом, более 50% обследованных лиц, включенных в регистр ФП, как пожилого, так и старческого возраста, имели ХСН, чаще у мужчин с перманентной формой ФП.

Шукурова С.М., Одинаев П.Х., Рахматуллоев Х.Ф.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КОМПЛЕКСА QRS У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить особенности течения заболевания и прогноза у пациентов с хронической сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса (ХСНнФВ) и фибрилляцией предсердий (ФП) в зависимости от ширины комплекса QRS.

Материал и методы исследования. Изучены истории болезни 514 пациентов (возраст $60,2 \pm 13,84$ года, 78% – мужчины) с ХСНнФВ, госпитализированных в кардиологическое отделение ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» за период с 1 января 2019 по 31 декабря 2022 г. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от продолжительности комплекса QRS. Из историй болезней в базу данных вносили гендерные и возрастные параметры, клинические данные, анализировали результаты инструментальных методов исследования, частоту повторных госпитализаций и число летальных исходов в течение одного года. В исследование включали пациентов с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) $\leq 40\%$ по результатам эхокардиографии (ЭхоКГ). Из анализа исключали больных с обратимыми причинами ХСН. Каждая группа была разделена на 2 подгруппы в соответствии с наличием или

отсутствием ФП следующим образом: подгруппа синусового ритма (СР) и подгруппа ФП (пароксизмальной, персистирующей или постоянной).

Результаты и их обсуждение. Ретроспективный анализ историй болезней пациентов с ХСНнФВ в зависимости от продолжительности QRS показал преобладание пациентов с размером комплекса QRS < 130 мс (60,7%). При хронической сердечной недостаточности расширение комплекса QRS сопровождалось повышением частоты повторной госпитализации у пациентов с синусовым ритмом ($p=0,004$). У больных с ФП частота госпитализаций оказалась существенно выше, чем при синусовом ритме, и не зависела от продолжительности QRS ($p=0,001$). Частота наступления неблагоприятных исходов повышалась в связи с присоединением ФП, что, вероятнее всего, является более значимым фактором риска, чем ширина QRS.

Заключение. Полученные результаты подчеркивают, что пациенты с ФП и узким комплексом QRS имеют такой же неблагоприятный прогноз, как и больные с широким комплексом QRS, и требуют пристального внимания кардиологов.

Шукурова С.М., Раджабова Г.М., Махмудова М.И.

ХАРАКТЕРИСТИКА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Представить структуру коморбидной патологии у больных острым инфарктом миокарда в зависимости от пола на госпитальном этапе.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили 160 больных с диагнозом ОИМ, поступивших в отделение кардиореанимации за период

2018-2019 гг. Средний возраст - $61,9 \pm 14,2$ лет, из них мужчины – 102 (63,7%), женщины - 58 (36,3%).

Все больные прошли полное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. У всех больных рассчитан уровень индекса коморбидности Чарлсона.

Результаты и их обсуждение. При сопоставление исследуемых групп отмечено, что мужчины были моложе женщин ($p < 0,001$), с низким ИМТ - 27,1 против 29,9 кг/м² ($p < 0,001$) соответственно. Признаки ХСН наблюдались почти с одинаковой частотой в сравниваемых группах – 96,6% и 95,1%, а ФП достоверно чаще сопутствовала женщинам - 15,5% против 9,8% соответственно. Женщины чаще мужчин страдали АГ – 94,8% и 82,4% ($p < 0,001$). По наличию в анамнезе реваскуляризации миокарда и инсульта ($p < 0,05$) группы не имели различий.

Анализ структуры коморбидной патологии у наблюдаемых нами больных с ОИМ в зависимости от пола показал, что АГ регистрировалась у подавляющего большинство пациентов с ИМ как у мужчин (94,8%), так и у женщин (82,4%), и заняла ведущее место в структуре сопутствующих заболеваний. При этом СД 2 типа наиболее часто встречался у женщин - 43,1% против 28,4% у мужчин.

Оценивая патологию мочевыделительной системы, отмечено, что у мужчин в сравнении с женщинами преобладала МКБ (15,7% и 5,2% соответственно), при этом хронический пиелонефрит наблюдался у каждой третьей женщины (34,5%) и реже (28,4%) у мужчин. Анализ больных с МКБ выявил наличие подагры у 4 (3,9%) мужчин. Варикозная болезнь и патология щитовидной железы преобладали в группе женщин (18,9% и 15,5% соответственно), по сравнению с мужчинами (5,9% и 2,9% соответственно; $p < 0,001$). Межполовые различия наблюдались в частоте ХОБЛ, и у мужчин патология встречалась чаще почти в два раза (14,7% против 6,9% у женщин). Расчет индекса коморбидности по Чарлсону в группе в целом установил высокую частоту среднего уровня коморбидности – 63,8% среди женщин и 69,6% - у мужчин.

Заключение. Таким образом, среди сопутствующих заболеваний ОИМ наблюдается высокая распространенность артериальной гипертензии, сахарного диабета и хронической болезни почек, имеет половой диморфизм, о чем должны знать клиницисты, занимающиеся диагностикой, клиническим ведением, чтобы обеспечить соблюдение ими сложных схем лечения и внедрить меры по изменению образа жизни.

Шукурова С.М., Рашидов И.М., Зоидова Ф.М.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить взаимосвязь между гиперурикемией и хронической болезнью почек у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы исследования. В этом исследовании образцы крови были взяты у 86 участников (62 (72,1%) мужчин и 24 (27,9%) женщин) в возрасте ≥ 18 лет с сердечно-сосудистыми заболеваниями, госпитализированные в кардиореанимационное отделение ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» за период 2021-2022 гг.

Колориметрическими методами измеряли биохимические параметры, такие как

мочевая кислота в сыворотке крови (МКК), маркеры липидного профиля, глюкоза, креатинин и мочевины. Расчетную скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и ХБП определяли на основании уровня креатинина в сыворотке крови по существующей формуле.

Результаты и их обсуждение. Общая распространенность ХБП составила 5,9%, из них 6,1% у мужчин и 5,2% у женщин. Гиперурикемия преобладала у 18 (20,9%) участников; у 15 (24,2% мужчин и 3 (12,5%) женщин. Наблюдалась тенденция к увеличению распространенности ХБП с увеличе-

нием возраста в группах. Средний уровень СКФ был значительно ниже у мужчин ($95,1 \pm 31,8$ мл/мин/1,73м²), чем у женщин ($109,3 \pm 77,4$ мл/мин/1,73м²) ($p < 0,01$). Средний уровень мочевой кислоты был значительно выше у участников с ХБП ($7,1 \pm 1,9$ мг/дл), чем у участников без ХБП ($5,7 \pm 1,6$ мг/дл). При регрессионном анализе была обнаружена значительная положительная связь между гиперурикемией и ХБП у

больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Заключение. Таким образом, исследование показало независимую связь между гиперурикемией и ХБП у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Необходимы дальнейшие исследования для изучения потенциальной связи между гиперурикемией и ХБП у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Шукурова С.М., Холов С.С., Бобоева П.Т.

ФЕНОТИПЫ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА В ПОПУЛЯЦИИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Представить демографическую, этническую характеристику и клинические фенотипы в дебюте ББ.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужила медицинская документация 62 пациентов с ББ (38 мужчин и 24 женщин), наблюдавшихся в условиях ревматологического отделения НМЦ «Шифобахш» с 2015-2022 гг., часть больных наблюдалась амбулаторно с 2017 по 2022 г., средний возраст – $35,2 \pm 10,2$ 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). Демографические данные и клинические особенности пациентов были зарегистрированы путем просмотра медицинских карт.

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов с ББ преобладали мужчины 38 (61,3%), средний возраст $35,2 \pm 10,2$. Наиболее распространенной этнической принадлежностью среди пациентов были смешанные браки (узбеки+таджики) – 24 (38,7%), за ним следовали узбеки – 17 (27,4%), таджики – 15 (24,2%), афганцы – 3 (4,8%) и арабы – 1 (1,6%). Другие национальности составляли 2 (3,2%). В целом, у 17 (27,4%) пациентов с ББ имела место отягощенность семейного анамнеза по аутоиммунным заболеваниям. Анализ родословной выявил 7 родственников со схожими симптомами. У двоих больных брат

и отец имеют признаки поражения глаз (у отца слепота). У одной больной дядя страдает рецидивирующими язвами во рту и он умер от рака носоглотки. Ревматоидный артрит и спондиллоартрит наблюдались в анамнезе у родственников у 6 и 3 пациентов соответственно, саркоидоз в анамнезе – у 1. Наиболее частыми клиническими проявлениями ББ в дебюте является рецидивирующий афтозный стоматит – 87,1%; поражение кожи – 51,6%; язвы гениталий – 14,5%; поражение глаз – 16,1%. А такие клинические проявления, как суставной синдром – 8,1%; поражение ЦНС – 3,2%; ЖКТ – 3,2%; тромбозы – 1,6%; эпидидимит – 1,6% встречались реже. У 17,7% больных висцеральные проявления ББ имелись уже в самом начале. В среднем, ББ дебютировала в 22 года: до 16 лет – у 8 (12,9%), от 16 до 21 года – у 14 (22,6%), 21-30 лет – у 34 (54,8%), после 30 лет – у 6 (9,7%). Анализ информации о предшествующих болезнях факторах выявил их наличие у 18 (29%) больных, из которых у 6 (33,3%) в анамнезе были частые ангины, у 3 (16,7%) – стрессовая ситуация, у 4 (22,2%) больных – переохлаждение, у 3-х (16,7%) – стоматологическое вмешательство, у 2 (11,1%) – herpes labialis. Другие больные не могли назвать причины, предшествовавшие ББ.

Заключение. Таким образом, наиболее распространенной этнической принадлежностью являются смешанные браки (таджики+узбеки). Хотя этиология болезни остается неясной, но у пациентов с ББ имела место отягощенность семейного анамнеза по

аутоиммунным заболеваниям. Клинические проявления в дебюте болезни разнообразные

и их фенотип, частота находятся в прямой зависимости от региона, возраста и пола.

Шукурова С.М., Шодиев Б.Р., Бобоева П.Т.

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить частоту и структуру коморбидных заболеваний у больных с ревматоидным артритом (РА).

Материал и методы исследования. В исследование включено 480 больных РА, проходивших стационарное лечение в ревматологическом отделении Городской клинической больницы (г. Душанбе) за период 2014 - 2015 гг. Из них женщин – 83,2%, мужчин – 26,8%; средняя продолжительность заболевания – 7,4 года. Внесуставные проявления РА выявили у 44,3% больных.

Обследование включало оценку активности заболевания с использованием индекса DAS 28, рентгенографию суставов, биохимические анализы крови, определение индекса Чарльсона для количественной оценки коморбидного статуса и 10-летней выживаемости.

Базисные препараты принимали лишь 48% (метотрексат – 39%, сульфасалазин – 9%). Большинство пациентов (84,3%) длительно принимали ГК в дозе > 10 мг / сут.

Результаты и их обсуждение. Коморбидные заболевания были выявлены у 305 (82,6%) пациентов, причем 61% из них имели 2 и более заболеваний. В структуре коморбидных заболеваний ведущее место занимала сердечно-сосудистая патология. Так,

артериальная гипертензия (АГ) отмечена у 70% пациентов, ишемическая болезнь сердца (ИБС) – у 29,1%, из них 8,3% имели инфаркт миокарда в анамнезе. На 2-м месте по частоте у больных РА стоит патология ЖКТ – 79,8%. Столь высокий процент поражения ЖКТ можно объяснить бесконтрольным приемом НПВП и зачастую приемом более дешевых Н-НПВП. Замыкают тройку лидерства анемии – 53,5%. Анализ причин малокровия выявил ряд особенностей: многократные роды, алиментарный фактор, бесконтрольный прием метотрексата и др. Воспалительные заболевания мочевыводящих путей имелись у 19,8%, болезни органов дыхания – у 13,5%, сахарный диабет – у 8,9%, диффузный токсический зоб – 7,8% пациентов. Удельный вес больных с 10-летней выживаемостью составил <24% и значение индекса коррелировало с возрастом пациентов.

Заключение. Частота сопутствующей патологии у пациентов РА остается высокой. Отмечено увеличение числа больных, имеющих сочетание нескольких коморбидных состояний, что отрицательно сказывается на подборе эффективной терапии. В структуре коморбидных состояний преобладала сердечно-сосудистая патология, хронические заболевания ЖКТ и анемии.

Янгибаева Б.У., Караев И.И., Хакимова Ф.А.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

Цель исследования. Выявление факторов риска развития и особенности течения ЖДА у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ историй болезней детей с 170 детей с желе-

зодефицитной анемией (ЖДА) за период 2015-2018 гг. В соответствии с тяжестью болезни I группа – 38 детей с легкой степенью анемии (Hb 90-110 г/л, Эр $3,0 \times 10^{12}/л$), II группа – 72 ребенка с анемией средней степени (Hb 70-90 г/л, Эр $2,5-3,0 \times 10^{12}/л$), III группа – 60 детей с тяжелой степенью ЖДА (Hb < 70 г/л, Эр < $2,5 \times 10^{12}/л$). Для подтверждения диагноза ЖДА у всех детей двукратно верифицированы лабораторные анализы.

Результаты и их обсуждение. Определено, что у 98 больных – городских жителей – чаще было легкое (16,5%) и среднетяжелое (60%) течение анемии, тяжелая анемия имела у 23,5%; у 72 детей, сельских жителей, чаще регистрировалась среднетяжелая (42%) и тяжелая (58%) степени ЖДА.

Определена связь между частотой анемии у ребенка и наличием анемии ($r = +0,89$, $p < 0,001$) и преэклампсии ($r = +0,76$, $p < 0,001$) у матери; перинатальной энцефалопатии ($r = +0,90$, $p < 0,001$), рахита ($r = +0,86$, $p < 0,001$), дисбиоза кишечника ($r = +0,66$, $p < 0,001$); ранним началом искусственного вскармливания ($r = +0,78$, $p < 0,001$).

У всех больных детей имелись жалобы на слабость, вялость, снижение аппетита, бледность кожных покровов и слизистых; отмечались мышечная гипотония (82,3%), умеренная тахикардия и систолический

функциональный шум (76,6%), сухость кожи (49,1%), запоры (21,2%), боли в икроножных мышцах (20,6%).

В общем анализе крови наряду со снижением уровня гемоглобина и эритроцитов у 78% детей выявлена гипохромия, различной степени анизоцитоз и пойкилоцитоз (81%). Уровень сывороточного железа был нормальным в 56% случаев, в остальных – был снижен до 6,3 мкмоль/л.

Заключение. Таким образом, можно констатировать, что проблема железодефицитной анемии является очень актуальной в современной педиатрии, особенно у детей раннего возраста. Отмечается необходимость тщательного наблюдения за матерями во время беременности, выявление у них экстрагенитальной патологии, в том числе анемии, и проведение адекватной и грамотной терапии.

ЖДА у детей раннего имеет свои возрастные анамнестические и клинико-лабораторные особенности и очень важен контроль за показателями общего анализа крови с целью контроля гемоглобина, эритроцитов, уровня нейтрофилов. Результаты исследования показывают, что дети, живущие в сельской местности, находятся в группе с высоким риском развития ЖДА. Для более углубленного изучения данного вопроса необходимо более детальное исследование.

РАЗДЕЛ III

ХИРУРГИЯ

Алимардонов Р., Ашуров Д.М., Султонов Р.И.,
Абдурахимов Х.Р., Гаюрова Н.С.

ГИГАНТСКАЯ ЭХИНОКОККОВАЯ КИСТА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Кафедра хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ ГКБ СМП г. Душанбе

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с гигантскими эхинококковыми кистами брюшной полости.

Материал и методы исследования. За последние 5 лет на базе кафедры хирургии ГУ ИПОвСЗ РТ было выполнена операция пациентке с гигантской эхинококковой кистой брюшной полости. Обращение в экстренном порядке с жалобами на увеличение объема живота, одышку, общую слабость. Была осмотрена хирургами приёмного покоя и госпитализирована с диагнозом: гигантская нагноившаяся киста брюшной полости.

При госпитализации общее состояние больной оценивалось как тяжелое. При визуальном осмотре живот симметрично увеличен за счет внутрибрюшного образования. При ультразвуковом исследовании брюшной полости обнаружено кистозное образование размером 70,0 × 80,0 см, с признаками нагноения, имеется свободная жидкость в брюшной полости и двусторонний гидронефроз.

Результаты и их обсуждение. Больной проведена интенсивная предоперационная подготовка, в отсроченном порядке взята в операционную. Под эндотрахеальным нар-

козом произведена верхне-средне-срединная лапаротомия длиной 30 см, под давлением из брюшной полости выделилось большое количество серозной жидкости. Размер полости кисты составил 50 × 50 см. После эвакуации содержимого кисты выполнена санация ее полости антисептическими растворами. Учитывая возникший прорыв, а также наличие плотных сращений между стенкой эхинококковой кисты и париетальной брюшиной, была произведена открытая эхинококкэктомия и марсупиализация эхинококковой кисты. Операция закончена установкой в просвет кисты 2 трубчатых дренажей с резиновой перчаткой и марлевым тампоном.

Заключение. Несмотря на длительно существующий компрессионный синдром, выраженные топографоанатомические изменения органов брюшной полости и забрюшинного пространства, а также технические интраоперационные сложности, своевременно проведенное оперативное лечение и правильно выбранный объем хирургического вмешательства позволили добиться хороших ближайших результатов лечения пациентки.

¹Ашуров Г.Г., ²Худоёров С.А., ¹Махмудов Д.Т.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СТРОЕНИЯ ПЕРЕДНЕГО УЧАСТКА НЁБНОГО ШВА И МЕЖАЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ У ДЕТЕЙ С ДИАСТЕМОЙ

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить рентгенологические особенности строения небного шва и межальвеолярной перегородки у детей с диастемой, плотным расположением и после ортодонтического сближения центральных резцов.

Материал и методы исследования. У 63 детей в возрасте от 6 до 14 лет при отсутствии диастемы между центральными резцами, обратившихся по поводу кариеса, его осложнений и дефектов коронок резцов, строение небного шва было принято за норму (1-я группа). 75 детей того же возраста с полным комплектом резцов и диастемой составили 2-ю группу. После ортодонтического лечения рентгенологическое состояние небного шва нами изучено у 60 детей в возрасте 6-12 лет с диастемой при ее вариабельности 1,8-5,2 мм.

С использованием конусно-лучевой компьютерной томографии фронтального участка верхней челюсти в идентичных проекциях изучено направление небного шва в переднем отделе, ширина его на уровне равномерности, где смежные компактные замыкательные пластины параллельны, а также форма межальвеолярной перегородки. Сближение центральных резцов производили пластинками с пружинами и коронками с резиновой тягой в течение 2-6 месяцев. Измерения проводили штангенциркулем с точностью до 0,1 мм. Размер диастемы измеряли на модели челюсти.

Результаты и их обсуждение. У детей обеих групп обнаруживался непрерывный небный шов в виде полосы просветления. Следовательно, небный шов существует и заращение его происходит в более старшем возрасте. Среди обследованных детей без диастемы линия небного шва оказалась прямой и извилистой, среди которых частота прямого и извилистого небного швов зарегистрирована примерно одинакова (52,4% и 47,6% соответственно).

У детей без диастемы ширина небного шва варьирует от 0,1 мм до 0,7 мм и не зависит от возраста. Это позволило рассчитать его ширину в норме у детей 6-14 лет ($0,25 \pm 0,03$ мм). При этом нами установлено, что ширина небного шва во фронтальном отделе верхней челюсти слабо связана с его прямолинейностью. Также среди обследованных детей без диастемы преобладала заостренная формы межальвеолярной перегородки (71,3%), уплощенная перегородка обнаружена у 25,7%, воронкообразная – у 3,0% обследованных.

У детей с диастемой между центральными резцами прямой небный шов выявлен

у 64,0% детей, извилистый – у 36,0%, то есть почти в 2 раза ниже. Ширина небного шва у детей этой группы варьировала от 0,2 до 1,2 мм и не была связана с шириной диастемы, что подтверждается расположением центральных резцов верхней челюсти пари диастеме на расстоянии от краев небного шва. У обследованных детей с диастемой заостренная межальвеолярная перегородка обнаружена в 45,3% случаев, сглаженная – в 44,0%, воронкообразная – в 10,7% случаев.

Устранение диастемы после проведения ортодонтического лечения не изменило направления небного шва. Так, у 24 детей (40,0%), как свидетельствуют данные КЛКТ, сохранился прямой небный шов и у 11 (18,3%) – извилистый. Ширина небного шва у $\frac{1}{4}$ вылеченных детей ортодонтическим способом осталась неизменной. Это касается детей, у которых ширина небного шва находилась в пределах 0,2-0,4 мм. У остальных обследованных детей отмечено сужение небного шва. При этом ширина небного шва составила 0,1-0,6 мм при среднем размере $0,25 \pm 0,02$ мм, т.е. эти параметры нормализовались.

Во всех случаях после ортодонтического лечения заостренная межальвеолярная перегородка не претерпела рентгенологических изменений, а сглаженные и воронкообразные межальвеолярные перегородки стали у большинства детей заостренными. В результате после реализации ортодонтического лечения среди 60 детей заостренная межальвеолярная перегородка выявлена у 45 (75,0%) детей, сглаженная – у 14 (23,3%), воронкообразная – у 1 (1,7%).

После проведенного ортодонтического лечения у детей с диастемой в отдаленные сроки наблюдения (спустя 3 года) небный шов у 22 (36,7%) детей стал извилистым, у 13 (21,7%) – остался прямым. Среди обследованных детей с диастемой после ортодонтического лечения извилистый шов не приобрел прямолинейный очертаний. В отдаленные сроки наблюдения после ортодонтического лечения нами обнаружено существование межальвеолярной перегородки различной формы. Так, из 17 детей с уплощенной межальвеолярной перегородкой после сближения центральных резцов у 11 (64,7%) она осталась уплощенной, у 4 (23,5%) выпуклой, у 2 (11,8%) – воронкообразной.

Заключение. Заостренная межальвеолярная перегородка чаще наблюдается у детей младшего возраста с узким небным швом. Вероятно, хроническая травма межзубного сосочка при диастеме приводит к ее

уплощению. Ортодонтическое сближение центральных резцов у детей с диастемой нормализует ширину небного шва и форму межальвеолярной перегородки в большинстве наблюдений. Отдаленные результаты

ортодонтического сближения центральных резцов верхней челюсти убеждают в том, что возможно расширение небного шва и появление сглаженности межальвеолярной перегородки.

Бабаева З.Б., Юсупова З.Х., Кутбудинов З.Дж., Гайратов П.С.

ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ НА ЭТАПЕ ПРЕДПРОТЕЗНОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОЛНЫМ ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценка состояния слизистой оболочки ротовой полости у пациентов пожилого и старческого возраста с полным отсутствием зубов на этапе предпротезной подготовки методом аутофлуоресцентной стоматоскопии.

Материал и методы исследования. Для достижения поставленной цели были обследованы 74 пациента с полным отсутствием зубов в возрасте от 65 до 80 лет, из которых 42 женщины и 32 мужчины. Обследование проводилось на кафедре ортопедической и терапевтической стоматологии.

На этапе подготовки к ортопедическому лечению полными съемными пластиночными протезами все пациенты были направлены на консультацию к мукологу для осмотра слизистой оболочки ротовой полости методом аутофлуоресцентной стоматоскопии при помощи аппарата для фототерапии светодиодного (АФС-400) при выключенном искусственном освещении.

Результаты и их обсуждение. В Республике Таджикистан люди пожилого и старческого возраста составляют свыше 40% населения. В исследованиях многих авторов указывается, что количество пациентов пожилого возраста с полным отсутствием зубов, нуждающихся в протезировании, колеблется от 15% до 46%. Комплексный подход к ортопедическому лечению по поводу полного отсутствия зубов у данной категории пациентов требует согласованности действий пародонтолога, хирурга и ортопеда. У лиц преклонного возраста отмечается выраженная тенденция к развитию гиперпластических, диспластических и опухолевых процессов в тканях челюстно-лицевой области. Онкологическая настороженность

в стоматологии является актуальной. Ранняя и своевременная диагностика предраковых заболеваний и адекватное лечение могут служить реальной основой для профилактики рака челюстно-лицевой области, слизистой оболочки рта, языка и губ.

При клиническом визуальном осмотре выявлены 17 случаев (23%) красного плоского лишая у женщин, из которых 8 случаев типичной формы, 5 случаев - экссудативно-гиперемической и 4 случая - эрозивно-язвенной форм. На основании проведенной аутофлуоресцентной стоматоскопии во всех 17 случаях выявлено аномальное свечение в виде темного участка с неровными краями без видимого свечения, оранжево-кирпичного оттенка, что связано с наличием эндогенных порфиринов. Пациентам было назначено комплексное лечение по данному заболеванию с обязательной консультацией врача-дерматолога и повторным обследованием через 10 дней. В случаях выявления повторного аномального свечения без тенденции к положительной динамике при проведении онкоскрининга пациенты направлялись к врачу-онкологу на консультацию. У 6 мужчин (8%) при клиническом осмотре визуализировались папилломатозные разрастания в области твердого неба, которые при АФС-исследовании проявились аномальным свечением, характерным для воспалительного процесса и у 1 мужчины при клиническом осмотре визуализировался очаг гиперкератоза, при исследовании которого выявлено аномальное свечение ярко-красного цвета с четкими контурами.

Заключение. Проведение онкоскрининга на стоматологическом приеме является необходимым методом обследования, особенно

у лиц пожилого и старческого возраста. Аутофлуоресцентная стоматоскопия обладает рядом преимуществ, таких как неинвазивность, простота применения, отсутствие в необходимости расходных материалов и специально обученного персонала. На основании проведенных исследований можно

сделать вывод о том, что использование аутофлуоресцентной стоматоскопии четко показывает разницу в эндогенном свечении между нормальной слизистой оболочкой и патологическими участками, что делает использование аутофлуоресцентной стоматоскопии перспективным.

Баева Н.А., Ибрагимова Н.Б., Исмоилов Д.К., Юсупова З.Х.

КАЧЕСТВО ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЕМНОЙ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИЕЙ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Многочисленные данные литературы указывают на тесную связь гигиены полости рта и патологии твердых тканей зубов и пародонта у пациентов с несъемной ортопедической конструкцией. Научные исследования доказывают, что в возникновении кариеса зубов и заболеваний пародонта в качестве фактора риска выступает именно зубной налет. Учитывая существующую прямую корреляционную зависимость между состоянием гигиены полости рта, распространенностью и тяжестью течения стоматологических заболеваний, особую значимость приобретает индивидуальная гигиена полости рта.

Цель исследования. Определение качества индивидуальной гигиены полости рта у взрослого населения с несъемной ортопедической конструкцией в зависимости от основных индивидуальных гигиенических навыков.

Материал и методы исследования. Сотрудниками кафедры ортопедической стоматологии ИПОвСЗ РТ было проведено анкетирование и обследование следующих групп населения:

1. пациентов врачей-стоматологов ортопедического профиля, регулярно, а именно не реже раз в 6 месяцев, посещающих своего врача (34 человека);

2. пациентов врачей-стоматологов ортопедического и пародонтологического профилей, посещающих раз в 3 месяца своего врача (36 человек).

Все обследуемые отличались по полу и возрасту. Основным критерием для отбора в группу служила ответственность в плане стоматологического здоровья, мотивированность по отношению к индивидуальной

и профессиональной гигиене полости рта. В группе пациентов ортопедического профиля средний возраст составил $45,7 \pm 4,6$ (max 62, min 27) года, в группе пациентов ортопедического и пародонтологического профилей - $43,9 \pm 4,4$ (max 56, min 23) года.

В группе пациентов ортопедического профиля большинство составили женщины ($\approx 71\%$), в группе пациентов ортопедического и пародонтологического профилей мужчин и женщин было одинаковое количество.

Оценка стоматологического статуса проводилась с использованием упрощенного индекса Грина-Вермиллиона по общепринятой методике, комплексного периодонтального индекса КПИ.

Результаты и их обсуждение. В группе пациентов ортопедического профиля гигиена полости рта в соответствии с показателями упрощенного индекса Грина-Вермиллиона в среднем была неудовлетворительной ($2,2 \pm 0,2$). В группе пациентов ортопедического и пародонтологического профилей, согласно интерпретации вышеуказанного индекса, также была неудовлетворительной ($2,5 \pm 0,3$). В соответствии с показателями упрощенного индекса Грина-Вермиллиона среди пациентов профиля у 30% гигиена полости рта была удовлетворительной, у 38% - неудовлетворительная, у 32% - плохая.

Заключение. Нами были обследованы ответственные в плане стоматологического здоровья, индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта группы населения: пациенты, регулярно посещающие врача-стоматолога. Однако оценка гигиены полости рта была хуже ожидаемой. Кратность про-

ведения гигиенических процедур в общем достаточна, но качество проведения самих этих процедур оставляет желать лучшего. Таким образом, кратность гигиенических мероприятий не является гарантией высокого

уровня гигиены полости рта. Это указывает на важность обучения по качественному и правильному применению средств индивидуальной гигиены и контроля применения данных средств у каждого пациента.

Болиева Г.У., Курбонова М. Х., Ошурмамадова Р.Б., Давлятова Д.М.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить состояние репродуктивной функции у пациенток страдающих метаболическими нарушениями.

Материал и методы исследования. На базе отделения гинекологической эндокринологии и репродуктологии ТНИИ АГиП проведено обследование 21 пациентки с МС, страдающих дисфункцией щитовидной железы.

В объем обследования пациенток входили: антропометрия - ИМТ, окружность талии и бедер, соотношения окружности талии к окружности бедер; лабораторные методы - общеклинический, биохимический (общий белок, общий билирубин, АЛТ, АСТ), иммуноферментный, липидный (общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, ТГ) и углеводный (глюкоза, инсулин, индекс НОМА, гликозированный гемоглобин-HbA1c); гормональные исследования - ФСГ, ЛГ, ПРЛ, ТТГ, Тз,Т4, АТ-ТПО, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, кортизол, АМГ; трансвагинальная и абдоминальная сонография тазовых органов, фолликулометрия, определение объема яичников, ультразвуковое исследование щитовидной железы. Исследования проводились с участием и консультацией эндокринолога.

Результаты и их обсуждение. Основной жалобой при обращении пациенток было отсутствие беременности при регулярной половой жизни, нарушения менструального цикла, избыточная масса тела, эпизоды повышения давления, повышенная потливость и чувство прилива. Наибольшую группу составили пациентки в возрасте 35-37 лет. Возраст обследуемых пациенток колебался в диапазоне от 19 до 39 лет, в среднем составил $29,5 \pm 6,4$. У обследованных пациенток

оценивались объективные признаки метаболических нарушений. При измерении антропометрических параметров установлено, что избыточная масса тела имелась у 3 (14,3%), ожирение 1 степени выявлено у 6 (28,6%), второй - у 8 (38,1%), третьей степени - у 4 (19,6%) пациенток. Абдоминальное ожирение оценивалось путем измерения объема живота – он варьировал у обследованных от 98 см до 112 см, с средним $105,9 \pm 0,7$; объем бедер - от 108 см до 124 см, в среднем $112,1 \pm 0,5$ см. На гипертензивные нарушения указали 11 (52,4%) пациенток. Наличие сосудистых звездочек указывало на появление ангиопатических изменений сосудов при МС, при этом выявлено, что с увеличением массы тела интенсивность этих проявлений увеличивается. Стрии от бледно розовых до ярко красных на теле, на ногах и бедрах зафиксированы у 6 (28,6%). Сосудистые сети из варикозно расширенных сосудов (сосудистые звездочки) были установлены у 6 (28,6%).

Изучение репродуктивного анамнеза позволило установить, что у 3 (14,3%) пациенток имели место нарушения менструального цикла. Сохраненный регулярный менструальный цикл был у 11 (52,4%). Гипоменструальный синдром и опсоменорея отмечены у каждой 3 пациентки, вторичная аменорея - у 3 (14,3%). Характерным нарушением для пациенток с метаболическим синдромом являются задержки менструации до 1,5-6 месяцев, сопровождающаяся потом длительными скудными менструациями, длящимися до 1,5-5 месяцев.

Ранее имели беременность 18 (85,7%) пациенток. Из них у 4 (19%) беременность закончилась родами. Первичное бесплодие отмечено у каждой 5 женщины. Репродук-

тивные потери среди обследованных представлены следующим образом: выкидыши в сроки до 12 недель отмечены у 9 (42,9%), поздние самопроизвольные выкидыши - у 2 (9,5%) пациенток. Характерным исходом беременности являются поздние самопроизвольные выкидыши живым плодом в сроках 16-20 недель, что, возможно, связано с имеющим место у данной категории больных дефиците прогестерона. Неразвивающаяся беременность установлена у 3 (14,3%).

При гинекологическом, УЗИ исследовании пациенток с МС картина гипоплазии матки 1 степени установлена в 12 (57,1%), размеры матки соответствовали 2 степени в 3 (14,3%) случаях. При этом наиболее часто уменьшенные размеры матки сочетались со слабо выраженным фолликулярным аппаратом яичника и не имели четкой дифференцировки коркового и мозгового слоев, представлены единичными преморбидными

фолликулами диаметром от 3 до 5 мм. У 10 (47,6%) пациенток гипоплазия матки сочеталась с кистозным изменением яичников. В этих случаях толщина маточного эха не соответствовала дню цикла. При обращении длительность бесплодия колебалась от 3 до 12 лет. На неоднократные безуспешные попытки стимуляции овуляции указали 8% обследованных.

Заключение. Проведенные исследования позволили установить, что пациентки с МС имеют высокий процент нарушений репродуктивной функции и репродуктивных потерь. При этом наиболее часто нарушения функции ГЯС представлены гипофункцией яичников, проявляющемся нарушением менструальной функции и гипоплазией матки. При этом бесплодие у пациенток с МС чаще всего сопровождается тяжелыми нарушениями менструальной функции, такими как гипоменструальный синдром вплоть до развития вторичной аменореи.

Гульмуратов У.Т.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ С МИНИФЛЕБЭКТОМИЕЙ ПО МЕТОДИКЕ ВАРАДИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ ГОУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения при хронической венозной недостаточности нижних конечностей путем применения эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) и минифлебэктомии по методу Варادي.

Материал и методы исследования. Настоящее сообщение основано на результатах обследования и хирургического лечения эндовенозной лазерной облитерацией и минифлебэктомией по методу Варادي 300 больных с варикозной болезнью нижних конечностей в отделении хирургии сосудов РНЦССХ. Среди них женщин было 220, мужчин - 180, в возрасте от 23 до 60 лет. Длительность заболевания колебалась от 6 мес. до 5 лет.

Всем больным были проведены общеклинические исследования, дуплексное сканирование подкожных и глубоких вен нижних конечностей, изучено состояние свертывающей системы крови (ПИ, АЧТВ, МНО и

содержания тромбоцитов). По данным дуплексного сканирования отмечалась эктазия стволов малой и большой подкожной вен с вертикальным рефлексом крови. Со стороны глубоких вен нижних конечностей патологии не обнаружено

Показанием для ЭВЛО была варикозная болезнь нижних конечностей по классификации CEAP: С2 - у 250, С3 - у 50 пациентов. Процедура ЭВЛО варикозно расширенных вен нижних конечностей проводилась под местной анестезией под контролем дуплексного сканирования. Применяли аппарат «Лахта-Милон» (Россия) с использованием лазерного излучения длиной волны 1470 нм, мощностью 7 Вт. Под контролем ультразвука на уровне коленного сустава выполняли пункцию ствола большой подкожной вены с установлением интрадусера 7 F, через который вводили лазерный световод до уровня клапана большой подкожной вены в области сафено-бедренного соустья. Под контролем

ультразвука по ходу футляра большой подкожной вены вводили раствор Кляйна инъекций анестетика (1% раствор лидокаина 20,0 + 500 мл физ. раствора), создавали плотную «подушку» вокруг облучаемого участка вены для местной анестезии. Далее на фоне автоматической тракции световода (0,75 мм/сек) производили эндовазальную лазерную коагуляцию вены. После завершения ЭВЛО выполняли под местным обезболиванием раствором Кляйна минифлебэктомию по методике Варади ветвей большой и малой подкожной вен. Через прокол 1,5 мм ангиокарда 14 G с помощью крючков Варади максимально вытягивали веточки большой и малой подкожной вен и коагулировали. После окончания процедуры ЭВЛО и минифлебэктомии накладывали стерильные салфетки в области минифлебэктомии и одевали компрессионные чулки II степени компрессии. После процедуры ЭВЛО больным рекомендовали неспешную ходьбу в течение 30 минут. Повторный осмотр и дуплексное сканирование проводили через 1 - 3 суток после операции. Рекомендовали ношение компрессионного трикотажа в течение 1 месяца.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов после ЭВЛО и минифлебэктомии достигнут хороший клинический и косметический эффекты. По данным контрольного дуплексного сканирования, наступила полная облитерация ствола поверхностной подкожной вены с прекращением рефлюкса крови. У 20 пациентов отмечались умеренные боли в области минифлебэктомии на голени в течение 2-3 дней. Незначительные гематомы имелись у 10 больных. Тромбоз глубоких вен развился у 1 больной на 30 сутки после операции, в анамнезе она переболела COVID-19. Больная повторно госпитализирована и после консервативного лечения выписана домой.

В течение 2 лет наблюдения за больными 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.

Гурезов М.Р., Обидов С.А., Каримов С.М.

СОСТОЯНИЕ ИСХОДНОГО ЗНАЧЕНИЯ ИНТЕНСИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ НЕСРАЩЕНИЯМИ ГУБЫ И НЁБА

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Определить исходное значение интенсивных показателей пародонтологического статуса в ключевых возрастных группах детей с врожденными несращениями губы и нёба.

Материал и методы исследования. Для оценки исходного значения интенсивных показателей пародонтологического статуса проведено стоматологическое обследование в ключевых возрастных группах 68 детей с врожденными несращениями верхней губы и нёба. С целью определения первоначальных интенсивных показателей пародонтологического статуса остановили свой выбор на пародонтальном индексе ВОЗ, обозначаемом как CPITN. Это объясняется тем, что данный индекс прост в употреблении, отражает реаль-

ную картину поражений пародонта во всей ее полноте, позволяет провести оценку пародонтологической потребности в проведении лечебно-профилактических мероприятий, достаточно чувствителен для слабовыраженных поражений тканей пародонта, позволяет получить калибровку индексных данных для контроля качества проведенного лечения.

Среди обследованных детей регистрацию данных для этого индекса проводили по следующим признакам-кодам: нет патологических признаков (CPITN = 0); наблюдается кровоточивость десен после зондирования (CPITN = 1); обнаруживаются над- и поддесневой зубной камень (CPITN = 2); имеется патологический зубодесневой карман глубиной 4-5 мм (CPITN = 3).

Результаты и их обсуждение. Структура индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта (индекс CPITN) свидетельствует о высоком уровне заболеваемости пародонта во всех ключевых возрастных группах детского контингента с пороками развития верхней челюсти. На это указывают и данные о практическом отсутствии обследованных детей со здоровым пародонтом независимо от нозологической формы врожденного несращения губы и нёба.

Как свидетельствуют полученные результаты, из всех регистрируемых признаков патологии пародонта у детей с врожденными несращениями губы и нёба встречались все структурные элементы исследуемого индекса, за исключением кода CPITN 4. Так, исходное значение кровоточивости дёсен (CPITN 1) и наличия зубного камня (CPITN 2) у детей с врожденными изолированными несращениями верхней губы и мягкого нёба в среднем составила соответственно 72,7% и 12,6% при усредненном суммарном значении патологических зубодесневых карманов глубиной 4-5 мм (CPITN 3) 2,7%.

Структурное распределение цифровых значений индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта при изолированном несращении мягкого и твердого нёба в ключевых возрастных группах детей выглядит следующим образом: кровоточивость десен (CPITN 1) и зубной камень (CPITN 2) были зафиксированы соответственно у 64,8% и 30,7% обследованных, пародонтальные карманы глубиной 4-5 мм (CPITN 3) составили 4,5%. Аналогичные сегментарные показатели пародонтологического статуса у детей со сквозными несращениями губы и нёба составили соответственно 50,5%, 42,2% и 7,3%.

При изолированном несращении верхней губы и мягкого нёба значение интенсивных показателей кровоточивости десен и отложения зубного камня среди обследованных возрастных групп детей (3, 6, 9, 12, 15 лет) составило соответственно $3,22 \pm 0,2$ (53,7 %) и $2,78 \pm 0,1$ (46,3%), $2,59 \pm 0,2$ (43,2%) и $3,41 \pm 0,2$ (56,8%), $3,70 \pm 0,14$ (61,7%) и $2,30 \pm 0,1$ (38,3%),

$3,79 \pm 0,3$ (63,2%) и $2,21 \pm 0,2$ (36,8%), $2,81 \pm 0,2$ (46,8%) и $2,64 \pm 0,2$ (44,0).

У детей с врожденными изолированными несращениями мягкого и твердого нёба исходное значение кровоточивости дёсен (CPITN 1) в первой возрастной группе (3 лет) в среднем составила $2,74 \pm 0,48$ (45,7%), в последующих возрастных группах среднецифровое значение исследуемой величины составило соответственно $2,35 \pm 0,38$ (39,2%), $2,01 \pm 0,08$ (33,5%), $2,05 \pm 0,17$ (34,2%) и $2,95 \pm 0,03$ (49,2%).

Распространенность минерализованного и неминерализованного зубного отложения (CPITN 2) среди ключевых возрастных групп детей с врожденными изолированными несращениями мягкого и твердого нёба составила 54,3% при интенсивности $3,26 \pm 0,15$ пародонтального сегмента в 3-летнем возрасте, при распространенности 60,8% и сегментарного поражения $3,65 \pm 0,11$ в 6-летнем возрасте и усредненном значении $66,5\%$ ($3,99 \pm 0,22$), $55,8\%$ ($3,36 \pm 0,25$), $32,3\%$ ($1,94 \pm 0,18$) соответственно у 9-, 12- и 15-летних обследованных детей.

У 3-, 6- и 9-летних детей со сквозными несращениями верхней губы и нёба интенсивный показатель пародонтальных сегментов с минерализованными и неминерализованными суб- и супрагингивальными зубными отложениями (CPITN 2) в среднем составил $3,75 \pm 0,45$, $4,02 \pm 0,36$ и $3,67 \pm 0,18$ пародонтального сегмента на одного обследованного при распространенности 62,5%, 67,0% и 61,2% соответственно. Величина исследуемых показателей у 12-летних детей и 15-летних подростков названной группы составила соответственно $2,20 \pm 0,20$ (36,7%) и $2,94 \pm 0,39$ (49,0%).

Заключение. Полученные материалы позволяют констатировать, что в ключевых возрастных группах детей с врожденными несращениями верхней губы и нёба отмечается высокая интенсивность патологических признаков в пародонтальных структурах, что диктует необходимость строгого контроля пародонтологического статуса и разработки дифференцированных форм пародонтологического обслуживания данного контингента детей в зависимости от нозологической формы несращения губы и нёба.

¹Давлатзода Б.Х., ²Сафаров О.З., ¹Сафоев С.А., ¹Файзалиев Н.Ф. ²Косимов З.К.

НАРУШЕНИЯ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

¹Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить электролитные нарушения у больных с сочетанной травмой.

Материал и методы исследований. Нами проанализированы 28 случаев из историй больных, которые находились на лечении по поводу сочетанной травмы в отделении взрослой реанимации ГУ «Национальный медицинский центр «Шифобахш» Республики Таджикистан». Возраст пациентов составил от 16 до 65 лет.

При поступлении у всех больных определяли артериальное давление (АД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), центральное венозное давление (ЦВД), электролиты плазмы (К_{пл} и Na_{пл}), кроме этого, определяли содержание гемоглобина и гематокрита в динамике. По объему кровопотери и тяжести состояния больные разделены на 2 группы: I группа - 10 больных (35,7%) с множественными и сочетанными повреждениями, сопровождающимися критическим нарушением кровообращения, кровопотеря у которых составила более 30%; II группа - 18 больных (64,3%) с переломами бедренных костей, кровопотеря у которых составила 15%.

Результаты и их обсуждение. При поступлении у больных первой группы наблюдалось снижение АД на 40%, ЦВД – ниже пределов нормы, тахикардия, гипокалиемия (3,0±0,06 ммоль/л) и гипонатриемия (120,0±7,0

ммоль/л). Hb – 75±3,1 г/л, Ht – 32%. У больных второй группы имелось незначительное снижение АД (на 20%), ЦВД – в пределах нормы, Hb – 90±2,1г/л, Ht – 40%, электролиты крови в пределах нормы.

Больным первой группы с целью коррекции центральной гемодинамики и обезболивания применяли кристаллоиды и коллоиды в объеме 30-50 мл/кг в сутки, анальгетики, свежзамороженную плазму, компоненты крови, а также антибактериальную терапию с целью профилактики вторичной инфекции. Кроме того, этой группе больных для коррекции электролитного обмена назначали 3% раствор KCl.

Больные второй группы получали инфузионную терапию из расчета 20 мл/кг, наркотические, ненаркотические анальгетики и антикоагулянты для профилактики жировой эмболии, но не нуждались в проведении коррекции электролитного обмена.

Заключение. У больных, которые поступают с массивным кровотечением, кроме изменений гемодинамики, наблюдаются грубые нарушения электролитного обмена (K_{пл} и Na_{пл}). Ранняя адекватная коррекция электролитного обмена является залогом успеха инфузионно-трансфузионной терапии. Важным моментом проведения инфузионной терапии является скорость и объем введения препаратов и растворов.

Давлятов С.Б., Баходуров Дж.Т., Асадов С.К., Рофиев Р.Р., Хомидов И.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

НОУ «Медико-социальный институт Республики Таджикистан»

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения послеожоговых рубцовых стриктур пищевода у детей.

Материал и методы исследования. В работе представлен анализ наблюдения и лечения 38 детей с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода различной степени, лечившихся в ГУ «Медицинский комплекс «Истиклол»». Возраст пострадавших варьировал от 1 года до 14 лет.

Наиболее частой причиной ожога и его последствий явились укусовая эссенция - у 22 (57,8%) и щелочь (каустическая сода и «Ка-

зан») - у 16 (42,1%) детей. При этом предварительно оценивали степень сужения просвета пищевода, наличие супрастенотического расширения, состояние верхнего сегмента пищевода и протяженность стриктуры.

При поступлении всем пациентам было проведено комплексное клиничко-диагностическое обследование, которое включало в себя: изучение жалоб, анамнеза заболевания, объективный осмотр, лабораторные данные, эндоскопическое исследование. Для оценки степени ожога и протяженности поражения стенки пищевода выполняли

эзофагоскопию, используя ультратонкий эзофагогастродуоденоскоп «KarlStorz» – 5,5 мм с торцевой оптикой. Для определения границ и протяженности стриктуры пищевода применялось рентгено-эндоскопическое исследование пищевода (Давлятов С.Б. и соавт., Патент РТ № 308).

Результаты и их обсуждение. Как известно, исходом ожога II и III степеней является формирование органического стеноза или полная рубцовая непроходимость, которые, по нашим наблюдениям, встречались у 38 (23,1%) детей. При этом II степень выявлена у 26 (68,4%), III степени – у 12 (31,6%) пациентов. Сужение пищевода в верхней трети обнаружено у 7 (18,4%), в средней трети – у 17 (44,7%), в нижней трети – у 14 (36,8%) детей. Кроме того, у 4-х детей (10,7%) обнаружен многоуровневый рубцовый стеноз.

С целью коррекции послеожоговых рубцовых стриктур пищевода по разработанной технике применялось бужирование. Применяли пищеводные бужи Savary Gilliard, «Cook» (США). Техника бужирования состояла из следующих шагов: струну-проводник через эзофагоскоп проводили в суженный отдел пищевода и далее в желудок, после чего эзофагоскоп извлекали и на струну насаживали буж. Затем, придерживая конец струны в натянутом положении, буж продвигали за сужение и оставляли в пищеводе на 1-3 минуты, после чего его извлекали вместе со струной. При отсутствии риска развития осложнений бужирование повторяли через каждые 3 дня. Следует отметить, что эффективность бужирования рубцовой стриктуры пищевода зависит от типа и диаметра стриктуры. Так, при ригидной каллезной стриктуре эффективность бужирования была равна 24,3%, воронкообразной – 76,6%, с формирующейся – 78,8%. В

тоже время при наличии эзофагита II-III степени и узких (менее 3 мм) стриктурах каллезного типа бужирование пищевода малоперспективно.

Результаты эффективности бужирования рубцовой стриктуры пищевода оценивали в группах сравнения. При этом контрольную группу составили 18 (бужирование пищевода «за нитку» – 2, эндоскопическое бужирование – 7, слепое бужирование пищевода – 5, баллонная дилатация – 3, комбинированное бужирование – 1) и основную – 20 (бужирование пищевода «за нитку» – 2, эндоскопическое бужирование – 4, баллонная дилатация – 1, комбинированное бужирование – 1, бужирование по струне – проводнику – 12) пациентов. В контрольной группе в 1 случае встречалось осложнение в виде перфорации пищевода. Тогда как при бужировании по струне-проводнику осложнений не было ни в одном случае, причем длительность бужирования составило до 6-8 месяцев. Следует отметить, что длительность бужирования зависит от степени и протяженности стриктуры. В среднем бужирование продолжается не менее 1,0-1,5 года при тяжелых степенях стриктуры пищевода. Показанием к операции колоэзофагопластики у 2 детей явилась стриктура пищевода на всей протяженности и неэффективность бужирования в течение 1-1,5 года.

Заключение. Для раннего выявления и своевременного лечения таких осложнений, как стриктура пищевода рекомендуется регулярное наблюдение, частота амбулаторных посещений, а самый лучший способ – это клиническое обследование, эндоскопия при этом является приоритетным направлением в диагностике. В свою очередь бужирование по струне-проводнику является надежным, простым, безопасным и экономически выгодным способом.

Давлятов С.Б., Баходуров Дж.Т., Асадов С.К., Бобоев С.

ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшить методы диагностики и комплексного лечения хронического колостаза у детей.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 200 больных с различной патологией толстой кишки

в возрасте от 1 года до 18 лет, страдающих хроническими запорами. Мальчиков было 122 (61%), девочек – 78 (39%) с хроническими запорами, из них у 136 (68%) детей обнаружена долихосигма. Все больные с долихосигмой были разделены на три основные группы. В первую группу вошли 86 (63,2%) больных с компенсированной стадией, во вторую – 38 (28%) больных с субкомпенсированной стадией, третью группу составили 12 (6%) человек с декомпенсированной стадией. Диагностику 136 (100%) больным проводили на основании данных анамнеза и результатов клиничко-биохимических анализов (анализы крови, мочи, копрограмма, исследование кишечной микрофлоры), также выполнена фиброколоноскопия - 88 (64,7%) пациентам, ирригография - 136 (100%).

Результаты и их обсуждение. Результаты. Из 136 больных с долихосигмой 112 (82,%) получили консервативное лечение, остальные 24 (17%) ребенка были прооперированы. У 16 (66,6%) больных произведено одноэтапное вмешательство – резекция удлиненной части сигмовидной кишки с формированием

коло-колоанастомоза «конец в конец», у 4 (16,6%) - одноэтапное вмешательство – левосторонняя гемиколэктомия с формированием коло-колоанастомоза «конец в конец». У 2 (5,6%) пациентов выполнено двухэтапное вмешательство – брюшино-промежностная проктопластика по Соаве-Ленушкина.

Всем оперированным больным проведена этапная реабилитационная терапия не меньше 1,5-2 года. Во всех случаях получены хорошие результаты.

Заключение. Лечение хронического колостаза необходимо начинать с консервативных методов терапии. Хирургическое лечение показано после неэффективности комплексного лечения при субкомпенсированных и декомпенсированных формах заболевания.

Таким образом, проблемы успешного лечения колостазы могут быть решены только общими усилиями педиатров и хирургов. Необходимыми условиями этого должна быть преемственность наблюдения и лечения, что осуществляется в условиях диспансеризации.

Давлятов С.Б., Пулатов К.Дж., Рофиев Р.Р., Гафуров Ё.У.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ ЭЗОФАГОГАСТРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

ГОУ «Таджикский институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистан»

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения химических ожогов пищевода (ХОП) у детей.

Материал и методы исследования. В работе представлен анализ наблюдения и лечения 217 детей с ХОП, лечившихся в ГУ «Медицинский комплекс “Истиклол”». Возраст детей было от 1 года до 14 лет. От 1 до 3 лет – 142, 3 - 7 лет – 58 и от 7 до 14 лет – 17 пациентов. Мальчиков было 132 (60,8%), девочек – 85 (39,2%). Городские жители – 178 (82%), сельские жители – 39 (18%). По природе и степени агрессивности химических веществ: «Высокая» степень агрессивности: коррозивы - щелочи, каустическая сода и «Казан» - 58; «Средняя» степень агрессивности: уксусная кислота – 132; «Низкая» степень агрессивности: окислители, спирт, белизна,

чистотел, перманганат калия и жидкость для снятия лака – 27. Наиболее частой причиной ожога пищевода явились уксусная эссенция - 92 (56%) и щелочь (каустическая сода и «Казан») у – 28 (17%) детей.

Всем пациентам было проведено комплексное клиничко-диагностическое обследование, которое включало в себя изучение жалоб, анамнеза заболевания, объективный осмотр, лабораторные данные, эндоскопическое исследование.

Все диагностические и лечебные мероприятия производили под общим обезболиванием. Для диагностики ожога и степени поражения стенки пищевода использовали ультратонкий видеофиброэзофагостродуоденоскоп «Karl Storz» с наружным диаметром 5 мм с торцевой оптикой.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от тяжести состояния больные были госпитализированы в реанимационное отделение при детском хирургическом стационаре. Степени ожога оценивали по методу С.Д. Терновского. Первая степень имела у 110 (51%), вторая степень – у 65 (30%) и третья степень – у 42 (19%) пациентов.

После проведения ФЭГДС в первые сутки ожог 1 степени выявлен у 110 детей (51%), у 65 детей (30%) установлен химический ожог пищевода 2-ой и у 42 (19%) – ожог 3-й степени. По протяженности ожога наблюдавшиеся больные распределялись на три группы: ожоги слизистой оболочки полости рта и верхней трети пищевода – 67 (30,8%); ожоги слизистой оболочки пищевода на всем протяжении – 132 (61%); ожоги слизистой оболочки пищевода и желудка – 18 (8,2%).

Пациентам с клиническими признаками ХОП с целью диагностики и промывания пищевода выполняли эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) в первые 24 часа после получения ожога после проведения индивидуальной подготовки. Ранняя эндоскопия является не только диагностическим, но и одновременно оказывает лечебный эффект.

В последние годы эндоскопическое промывание усовершенствовано, которое сводится к следующему. После осмотра просвета пищевода и установления протяженности ожога под контролем эндоскопа через носовой ход в желудок проводится катетер с надувной манжеткой.

В полости желудка манжетка надувается введением 20-30 см³ воздухом и подтягивается вверх. Манжетка устанавливается на уровне 2-3 см ниже границы ожога, а при ожогах на всем протяжении надувная манжетка устанавливается в кардиальном отделе желудка, чтобы полностью прикрыть просвет пищевода.

Повторную эндоскопию проводили на 12-14 день для уточнения степени ожога и прогнозирования развития стриктуры пищевода.

После инсuffляции воздуха (через фиброскоп) просвет и складки пищевода хорошо раскрываются и начинается прицельное промывание струей воды пораженного участка пищевода. До промывания содержимое пищевода

берут на бактериологическое исследование. Для промывания вначале используется кипяченая вода, остуженная до комнатной температуры, затем орошается растворами антисептиков хлоргексидина 0,005%. Одновременно промывная жидкость, не поступая в желудок, отсасывается обратно эндоскопом, что является профилактикой резорбции химического вещества.

При ожогах кристаллами калия марганцовокислого производится механическое удаление имеющихся в складках кристаллов кислоты для полного очищения стенки пищевода от химического вещества, что выполняется в первые часы после поступления. При ожоге кипятком, который сопровождается явлением дыхательной недостаточности за счет отека ротоглотки, подъязычного пространства ранняя эзофагоскопия противопоказана. Этим детям эзофагоскопия производится только после нормализации дыхательной недостаточности, которая наступает не раньше 48 и более часов.

В комплексную терапию первой помощи входило зондовое промывание желудка и затем промывание пищевода в течение 12-24 часов, введение спазмолитиков и анальгетиков, а также антибактериальная терапия, инфузионная терапия по показаниям, кортикостероидная терапия (дексаметазон до 3 суток), гипербарическая оксигенация, эндоскопическая лазеротерапия, Н₂-блокаторы и симптоматическая терапия.

Заключение. Пациентам с клиническими признаками ХОП с целью установления факта ожога предварительно с целью оценки степени поражения и промывания пищевода следует выполнять раннюю эзофагогастродуоденоскопию в первые 24 часа после получения травмы. Для уточнения степени и протяженности ожога пищевода и прогнозирования развития стриктуры показано динамическая эндоскопия в срок 12-14 дней от момента получения ожога. На эффективность и сроки восстановления влияет вид химического вещества, состав и его концентрация, степень и распространенность поражения, а также своевременность и полнота оказания неотложной медицинской помощи, непрерывность последующего планового лечения.

Дехканов М.К., Ахмеджанов С.А., Нуров Ф.Н., Таштулатов Б.К.

К ЛЕЧЕНИЮ АНОРЕКТАЛЬНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ

ГКБ №1 им. С. Урунова, г. Худжанд

Цель работы. Улучшение результатов оперативного лечения аноректальных мальформаций у детей.

Материал и методы исследования. В областном детском хирургическом центре за период с 2017 по 2022 годы находились на лечении 27 детей с аноректальными пороками развития в возрасте от 1 дня до 5 лет, из них 11 девочек и 16 мальчиков. Сельских жителей было 22, городских - 5 детей. Среди госпитализированных больных преобладали несвищевые формы - у 14 больных - атрезии анального отверстия и прямой кишки. Свищевые формы диагностированы у 13 детей: ректопромежностный свищ - у 4, ректоуретральный свищ - у 2, ректовагинальный - у 7. В большинстве случаев атрезия ануса и прямой кишки были изолированными пороками.

Для диагностики несвищевых форм аноректального порока ранее выполнялась инвертография. В последние годы более простым альтернативным методом является обследование в латеропозиции, когда ребенок уложен лицом вниз, а таз его приподнят, проводимое через 16-24 часов после рождения. При выполнении радикального этапа оперативного вмешательства использованы промежностная проктопластика – 27 детям, наложение колостомии выполнено 4 детям, из них 2 при высокой атрезии и 2 при ректо-везибулярной свищевой форме.

Для оценки анатомического и функционального состояния прямой кишки и ее сфинктерного аппарата у детей после проктопластики комплекс обследования включал: сбор анамнеза, осмотр промежности, ректальное исследование и ирригографию.

Операция является этапом в комплексном лечении этих детей, так как после реимплантации анального канала в наружный сфинктер имеют место не только анатомические отклонения от нормы, но и рефлекторно-функциональные. Выбор срока и способа оперативного лечения зависят от варианта самой аноректальной аномалии и сочетании с другими пороками развития. Отсутствие

свищевого хода и узкие свищи потребовали проведения неотложного оперативного вмешательства в первые сутки жизни после непродолжительной предоперационной подготовки. При низкой форме атрезии у 14 детей удалось выполнить одномоментную проктопластику.

Наличие широкого ректопромежностного свища и ректовезибулярного свища, диаметр которых был достаточным для опорожнения толстой кишки, позволило отложить проведение оперативного вмешательства до 6-8 месяцев у 9 детей. При высокой форме атрезии ануса и прямой кишки детям выполнялась этапная хирургическая коррекция. Первым этапом формировали колостому. Через 3-4 месяца проводили радикальный этап коррекции – брюшно-промежностную проктопластику с последующим закрытием колостомы.

Результаты и их обсуждение. Ближайшие результаты оперативного лечения благоприятные. Все больные в дальнейшем находились на диспансерном наблюдении у хирурга. Результаты лечения детей с аноректальными пороками развития напрямую зависели от высоты порока и проведения реабилитационных мероприятий. У всех детей имелся самостоятельный стул – 27 человек. Периодические запоры и затрудненный акт дефекации наблюдались у 8 детей, связанные с послеоперационным рубцовым сужением анального отверстия, которое в последующем ликвидировано проведением бужирования, назначением физио- и рассасывающей терапии - у 6 больных. Двоим детям комплекс консервативных мероприятий продолжается. Каломазание, связанное со снижением тонуса сфинктера, отмечено у 4 пациентов, расширение ампулы прямой кишки наблюдалось у 2 детей.

Заключение. Дифференцированное выполнение оперативного лечения и курсы реабилитационной терапии, направленной на восстановление нервно-мышечной проводимости сфинктерного аппарата прямой кишки и мышц тазового дна, способствуют улучшению функционального состояния ануса и прямой кишки.

Дехканов М.К., Ахмеджанов С.А., Хомидов Н.Н., Тоштулов Б.К.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

ГКБ №1 им. С. Урунова, г. Худжанд

Цель работы. Улучшение результатов оперативного лечения болезни Гиршпрунга путем введения новых оперативных технологий.

Материал и методы исследования. В ОДХЦ в период 2017 – 2023 годы проведено лечение 20 детей с болезнью Гиршпрунга. В возрасте до 1 года – 4, до 3 лет – 9, до 5 лет – 4 и старше 5 лет – 3 детей. Девочки - 2, мальчиков было 18. Ректальная форма встречалась у 7, ректосигмоидальная форма - у 13 детей.

Всем детям проведен комплекс общефизикальных обследований, включавших сбор анамнеза больных, клинический осмотр с ректальным исследованием, лабораторные и рентгенологические исследования.

Первичная операция по Соаве–Люнюшкину выполнена 15 больным. С 2020 года оперативная методика эндоректальное трансанальное низведение по Де ла Торре Мандагони произведена 5 больным.

Результаты и их обсуждение. Основным способом лечения болезни Гиршпрунга является оперативный метод лечения. Благодаря развитию хирургической техники, хирургическое лечение продвинулось от двух- и трехэтапных операций до первично радикальной. В настоящее время используются миниинвазивные варианты хирургического лечения - трансанальная методика Де ла Торре – Мандрагона – Ортеги, трансанальная методика Свенсона и лапароскопическая методика Джорджсона. Операция Де ла Торре Мандрагона и Ортеги – трансанальное эндоректальное низведение - может быть выполнено при расположении аганглионарной зоны на уровне ректосигмоидального отдела. Преимущества этой операции: возможность раннего энтерального кормления, более ко-

роткие сроки госпитализации, отсутствие послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке, минимально травматичная мобилизация сигмовидной и прямой кишок, отсутствие риска спаечного процесса в брюшной полости, минимальный риск повреждения органов малого таза.

Все больные после операции находятся под наблюдением отделения для оценки функционального состояния анального жома. Первый осмотр проводился через 2 недели, в последующем - ежемесячный осмотр в течение 6 месяцев. Больным после операции Соаве-Люнюшкина по необходимости проводились ежемесячные бужирования в течение года.

После операции Соаве-Ленушкина в 2 случаях отмечалось рубцовое сужение места колоректального анастомоза, которое ликвидировано путем бужирования и назначения рассасывающей терапии, в 1 случае отмечались проявления недостаточной резекции измененной кишки. Этому пациенту произведена повторная операция. У больных после эндоректального трансанального низведения осложнение развилось в одном случае в виде стеноза колоанального анастомоза, который был разбужирован.

Заключение. Таким образом, в настоящее время с учетом данных исследований, систематических обзоров и метаанализа рекомендовано трансанальное эндоректальное низведение с экстра ректальным или субмукозным выделением кишки без абдоминального этапа у детей с типичной формой болезни Гиршпрунга, при невозможности полного выделения кишки - трансанально с лапароскопической ассистенцией или лапаротомией.

Джабборов Н.Х., Сайдуллоев Л., Мурадов А.М., Мурадов А.А.

ВОЗРАСТНЫЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ, ЧАСТОТА ОРГАНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С УРОСЕПСИСОМ

Кафедра урологии и андрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ "Городской научный центр реанимации и детоксикации" УЗ г. Душанбе

Цель исследования. Провести ретроспективный и проспективный анализ возрастных и социальных аспектов, частоты органных дисфункций у пациентов с уросепсисом.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный и проспективный анализ 100 больных с уросепсисом (50 больных ретроспективной и 50 больных проспективной групп), контрольная группа

сформирована из 30 практически здоровых мужчин и женщин.

Проанализированы возрастные и социальные аспекты, частота органных дисфункций. Диагноз сепсис оценивался по критериям Сепсис-3 (2016). Тяжесть органных дисфункций оценивали по критериям SOFA.

Результаты и их обсуждение. Из общего количества в ретроспективной и проспективной группах (100) женщин было 33 (33%), мужчин - 67 (67,0%). Выявлено, что уросепсисом заболели 34 (50,7%) мужчины в возрасте от 58 и более лет, при этом женщин в этой категории также оказалось достаточно много - 14 (42,4%). При этом необходимо отметить, что в наиболее активном и трудоспособном возрасте от 18 до 57 лет оказалось 57,6% женщин и 49,3% мужчин, что имеет важное социально-экономическое значение.

Распределение пациентов по социальному статусу в ретроспективной и проспективной группах показало, что служащих и работников интеллектуального труда было 7 (14,0%) и 6 (12,0%), рабочих - 9 (18,0%) и 11 (22,0%), работающих на дому - 3 (6,0%) и 4 (8,0%), безработных - 31 (62,0%) и 29 (58,0%) соответственно, т.е. статистически значимых особенностей в социальном статусе или сфере деятельности не отмечается. На фоне уросепсиса выраженные нарушения органов и систем могут наблюдаться от компенсированных до декомпенсированных стадий. У обследованных нами пациентов выявлены: острое повреждение почек вплоть до олиго/анурии, объем диуреза < 500 мл/сут и повышение креатинина более 300 мкмоль/л в 50% случаев в ретроспективной и 60,0% случаев - в проспективной группах, нарушения ЦНС и уровня сознания от сопора до комы, менее <9 баллов по шкале Глазго, 16,0% и 18,0% соответственно в ре-

троспективной и проспективной группах; острая сердечно-сосудистая недостаточность, требующая инотропной поддержки допамином >5 мкг/кг/мин - 10,0% и 14,0%, острое лёгочное повреждение, снижение оксигенации по показателям PaO₂/FiO₂ <200 - 80,0% и 86,0%, коагулопатии с развитием потребления, снижение тромбоцитов ×10⁹/л <50 более - в 50,0% и 56,0% случаев соответственно.

Заключение. Необходимо отметить, что одним из факторов риска развития септического состояния являются старшие возрастные группы, а также по половым признакам отмечается преобладание мужчин в ретроспективной и проспективной группах, что подтверждает данные других исследователей. Усугубление тяжести течения уросепсиса в ретроспективной и проспективной группах обусловлено фенотипом возбудителя и его вирулентностью, генетической предрасположенностью, возрастом, а доминирующее повреждение органа и развитие органных дисфункций взаимообусловлено наличием, характером и степенью компенсированности сопутствующей патологий пациента. Особым крайне негативным фактором является «лечебная агрессия» (хирургические вмешательства, полипрагмазия и связанные с ней несовместимость или взаимоисключаемость некоторых лекарственных средств). При уросепсисе выявлены нарушения фактически всех органов и систем, регулирующих гомеостаз, что связано с прогрессированием патогенетических механизмов и дезинтеграцией функционального состояния органов и систем, так как выявлено, что более чем у 70,0% пациентов с уросепсисом тяжесть состояния оценивается как тяжёлая и у 30% - крайне тяжёлая.

¹Дустов Ш.Б., ²Мурадов А.М., ^{1,2}Шумилина О.В.,
¹Мурадов А.А., ²Ризоев М.М., ²Хамрокулов А.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ И С ВКЛЮЧЕНИЕМ В ПРОГРАММУ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ

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

²Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучить результаты лечения острой декомпенсации хронической сердечной недостаточности после стандартной терапии и с включением в программу экстракорпоральной коррекции.

Материал и методы исследования. Обследованы и пролечены 100 больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), проходивших лечение на базах ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ, а также кафедрах эфферентной медицины и интенсивной терапии, кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», в отделении кардиологии ГКБ №2 г. Душанбе, за период с 2017 по 2021 годы.

Мужчин было 54 (54,0%), женщин - 46 (46,0%). Преобладали пациенты среднего и пожилого возрастов. Мужчины и женщины в возрасте 48 – 57 лет составляли 32,0%: мужчин - 21, женщин - 11. Возрастная группа 58 – 67 лет составила 29%, 38-47 лет - 18%. Наиболее часто ХСН встречается у мужчин в возрасте 28-57 лет, а у женщин - в возрастных группах 58-77 лет. Таким образом, заболеваемость ХСН нарастала с возрастом, достигая максимума в 40-77 лет. При этом в наиболее трудоспособном возрасте (28 – 57 лет) ХСН страдало 59% больных, что имеет важное социально-экономическое значение. Жителей городской местности было 43,0%, сельской - 57,0%.

Контрольную группу составили 30 практически здоровых мужчин и женщин (ПЗДМиЖ).

Согласно Европейским рекомендациям (ESC, 2016, 2018), в основу которых заложены показатели фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ), пациенты с ХСН были разделены на 3 группы: 1-ая группа СН - сФВ (>50%) - 34 (34,0%); 2 группа СН - срФВ (40 - 49%) - 40 (40,0%); 3 группа СН - нФВ (<40%) - 26 (26,0%).

Изучение причин, приведших к развитию ХСН у наблюдаемых нами больных, выявило преобладание артериальной гипертензии (АГ) - 96,1%, ИБС - 69,1%, ХБП - 36,0%, сахарный диабет (СД) 2 типа - 16,1% случаев. У 75% выявлялись метаболические нарушения и эндокринная патология (эндемический зоб, акромегалия, диабетическая нефропатия, ожирение, комплексное истощение). Также

достаточно часто наблюдалось токсическое повреждение миокарда (алкоголь, лекарственные средства) - 10,0%, ХОБЛ - в 13,2% случаях. Менее распространенными причинами ХСН явились миокардиты - 3,6%, анемии 12,3%, хроническая и пароксизмальная ФП - 12,8%, перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения - 10,3% и другие - 4,0% (таблица 2.3).

44 больным с ХСН, осложненной ХБП 5 стадии, проводилась заместительная почечная терапия в виде гемодиализа (ГД) продолжительностью от 1 года до 8 лет. Этой категории больных нами проведена оценка качества диализной терапии согласно клиническим рекомендациям Научного общества нефрологов России, Ассоциации нефрологов «Ключевые критерии качества диализной терапии», основанным на Европейских протоколах (EBPG, EBPR), США (K-DOQI, AAMI), международные (KDIGO, ISPD) и РФ 2014 г. (Москва).

Для оценки степени анемии и её коррекции на гемодиализе применялись «Национальные клинические рекомендации» научного диализного сообщества РФ (2016).

Качество ГД/ГДФ оценивалось по критериям:

- частота сеансов ГД 3 раза в нед. и общее эффективное диализное время не менее 720 мин/нед;

- объему перфузии крови не менее 240 л в нед/ или менее 80 л/ за сеанс и объему инфузии при ГДФ не менее 63 л в нед, не менее 21 л за сеанс;

- фактическая доза для $spKt/V \geq 1,4$ или $eKt/V \geq 1,2$ за сеанс ГД/ГДФ или по стандартизованному недельному Kt/V (по Gotch) $\geq 2,2$.

Больным с острой декомпенсацией (ОД) ХСН к стандартной традиционной медикаментозной терапии (СТТ) подключали методы экстракорпоральной коррекции для с целью профилактики и лечения осложнений. Пациенты с ОД ХСН разделены на 2 основные группы в зависимости от программы комплексной интенсивной терапии (КИТ).

В 1 группу вошли 34 пациента с ОД ХСН, которым проводилась СТТ по рекомендациям ЕОК (2016, 2018) и РОК (2016) и протоколам, утвержденным МЗиСЗН РТ (2015).

Во 2 группу вошли 66 больных ОД ХСН, которых условно разделили на 3 подгруппы в зависимости от включения в СТТ различных методов мембранных технологий:

2.1. подгруппа - 36 больных, которым проводилась СТТ и изолированная ультрафильтрация (ИУФ);

2.2. подгруппа - 20 больных: СТТ + гемодиализ (ГД) + ультрафильтрация (УФ);

2.3. подгруппа - 10 больных: СТТ + продленная гемодиализация (ПГДФ).

Процедуры длились от 3 до 4 часов в 2.1 подгруппе, в 2.2 подгруппе - 3,5 - 5 часов и в 2.3 подгруппе - от 6 до 8 часов.

ИУФ выполнялась на аппаратах Fresenius 4008S или применялся роликовый насос, а в качестве массообменных устройств использованы диализаторы низкопоточные или низкопоточные высокоэффективные в зависимости состояния гемодинамики. ИУФ на низкопоточном lowflux диализаторе проводилась со скоростью кровотока 150-300 мл/мин. Объем ультрафильтрации ИУФ колебался в пределах от 2 до 10 л. Для эффективности процедуры осуществлялся артерио-венозный доступ. Бикарбонатный ГД проводился на аппарате Fresenius 4008S с применением высокопоточного (highflux) диализатора артерио-венозным доступом через артерио-венозную фистулу. Скорость кровотока с учетом рециркуляции составляла 265 ± 10 мл/мин, диализной жидкости - 400-600 мл/мин, время перфузии 150-180 мин, коэффициент ультрафильтрации 33 мл/ч мм рт.ст., КоА > 700, клиренсы: мочевины (60 Д), мл/мин > 185, креатинина (113 Д), мл/мин > 172, фосфатов (136 Д), мл/мин > 168, витамина В12 (1355 Д), мл/мин > 110, инулина (5200 Д), мл/мин > 50, уровень проводимости диализного раствора составлял от 132 до 142 ммоль/л. Гемодиализация on-line проводилась больным с ХСН on-line на аппаратах Fresenius 4008S с использованием дополнительного блока для одновременного производства замещающего раствора и двух специальных предохранительных полисульфоновых фильтров для дополнительной очистки полученного раствора. ПГДФ проходила в режиме постдилюции со скоростью подачи замещающего раствора 80-100 мл/мин в зависимости от скорости кровотока (в среднем скорость замещения составляла 1/3 от кровотока). За одну процедуру объем замещения составлял до 20 л. Продленная ГДФ проводилась до 5-6 часов в зависимости от состояния пациента.

При КИТ больных с ОД ХСН нами проводился динамический контроль воле-

мических объемов до и после процедуры (ИУФ, ГДФ, ГД+УФ), а также введенной и выведенной жидкости, суточный и почасовой диурез, КОД и осмолярности крови и другие параметры.

Исследования и лечение больных ХСН инновационными мембранными технологиями проведены согласно информированному согласию пациента или его законного представителя, а также с разрешения Комитета по биоэтике Отделения медицинских и фармацевтических наук Национальной академии наук Таджикистана.

Результаты и их обсуждение. Проведенные исследования показали, что рекомендованное количество 3 ГД в неделю получили всего 18,2% (8), при том 81,8% (36) пациентов их получали в меньшем количестве, из них 52,3% (23) - 2 ГД в нед. и 29,5% (13) - 1 ГД в нед., что было явно недостаточным для этого контингента больных. Необходимо отметить, что также часто нарушалось качество проведения ГД как по объему перфузии крови, так и эффективного времени и дозы за сеанс.

Из общего количества больных ХСН с ХБП 5 стадии только 22,7% (10) получали должные режимы ГД по объему перфузии крови и фактической эффективной дозе, остальные 34 пациента практически принимали диализ низкого качества, что не могло не влиять на клиническое течение ХСН и являлось причиной развития острой гипергидратации, гиперволемии и развития декомпенсации.

Ближайшие результаты лечения больных с острой декомпенсацией ХСН показали, что госпитальная летальность в зависимости от тяжести течения основного процесса по группам составляет: при сФВ (>50%) - 2,9%, при срФВ (40 - 49%) - 5,0%, при нФВ (<40%) - 11,5%; с учетом применения методик лечения: получавших СТТ - 8,8%; СТТ в сочетании с ИУФ - 5,6%, СТТ в сочетании с ВПГД и УФ - 5,0%, при СТТ в сочетании с ПГДФ летальности не выявлено. Общая госпитальная летальность составила 6%.

Заключение. Таким образом, разработанная программа диагностики и лечения ОД ХСН с применением экстракорпоральной коррекции позволила снизить летальность, улучшить функциональное состояние ССС и других органов, а также качество жизни этого контингента больных.

Зиябаев Ш.А., Почоев У.С., Эрматов Х.С., Рабиев Х.Х., Хотамов М.И.

АНАЛИЗ СРЕДНЕСРОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРВИЧНОГО ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ЭНДОПРОТЕЗАМИ БЕСЦЕМЕНТНОЙ И ЦЕМЕНТНОЙ ФИКСАЦИИ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Медицинский центр «Ортопедия и высокие технологии»
Городская клиническая больница № 1 им. С. Урунова, г. Худжанд

Цель исследования. Изучение среднесрочных результатов использования серийных эндопротезов тазобедренного сустава бесцементной и цементной фиксации, установленных в ходе операции первичного эндопротезирования тазобедренного сустава на примере эндопротезов компании «Zimmer Biomet» (США).

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ больных, оперированных с 2007 по 2022 гг. по замене тазобедренного сустава серийными конструкциями компании «Zimmer Biomet». Предпочтение отдавалось применению вертлужного компонентов Trilogy, Trilogy-IT и ножек бесцементной фиксации типа Тейперлок, Аллоклассик и Споторно, в зависимости от формы костномозгового канала бедренной кости и офсета. В основу исследования положены результаты оперативных вмешательств 1107 больных.

Исследование проводилось на базе отделения взрослой травматологии и ортопедии ГКБ № 1 им. С. Урунова г. Худжанда и медицинского центра «Ортопедия и высокие технологии». Все оперативные вмешательства проводились под спинальной анестезией в положении больного на здоровом боку. В период с 2007 г. по 2022 г. под наблюдением находилось 1107 пациентов, из них 54 пациентам эндопротезирование тазобедренного сустава произведено с двух сторон. Мужчин было 452, женщин - 655. Возраст больных варьировал от 22 до 91 года, из них в возрасте до 35 лет - 178 больных, от 35 до 45 лет - 396, от 45 до 60 - 301, старше 60 лет - 232 больных.

Нозологические формы, послужившие причиной первичного эндопротезирования тазобедренного сустава, следующие: диспластический коксартроз – 432, асептический некроз головки бедренной кости – 335, медиальные переломы проксимального конца бедренной кости – 177, ложный сустав шейки бедренной кости – 121, посттравмати-

ческий коксартроз – 24, врожденный вывих бедра – 18.

Бесцементная фиксация компонентов эндопротеза применена при 963 операциях, гибридная - при 24, цементная фиксация - в 120 случаях. Укрепляющие конструкции (кольца Мюллера, Бурха-Шнайдера) были использованы в 6 случаях. В послеоперационном периоде, начиная со 2 дня, больным разрешали ходьбу с костылями с умеренной нагрузкой на оперированную конечность (10-20% от массы тела), которая вычислялась при помощи напольных весов. При цементной фиксации разрешали полную нагрузку весом на оперированную конечность. При бесцементной фиксации – использование костылей в течение 2-х месяцев.

Клиническую оценку результатов лечения проводили по шкале Харриса для тазобедренного сустава, которая предполагает оценку четырех критерий: боль, функция, деформация, амплитуда движений. В каждой категории набирается определенное количество баллов. При сумме баллов от 100 (максимальная) до 90 функция сустава оценивается как отличная, от 89 до 80 - как хорошая, от 79 до 70 - как удовлетворительная и менее 70 - неудовлетворительная.

Кроме того, выполняли рентгенологическую оценку результатов лечения по Ewald на основании анализа рентгенограмм в двух проекциях в модификации О.А. Кудинова, В.И. Нуждина и соавт.:

I степень - отсутствие миграции компонентов имплантата, отсутствие зон остеолита - стабильное положение имплантата при качественной цементной фиксации или остеоинтеграция в случае применения бесцементной методики;

II степень - отсутствие миграции компонентов, не прогрессирующий характер линий просветления при их суммарной ширине по зонам не больше 5 мм - стабильная фиброзная фиксация;

III степень - отсутствие миграции компонентов или их смещение не больше 2 мм, суммарная ширина остеолита по зонам 5-10 мм - состояние угрожающей нестабильности;

IV степень - миграция имплантата больше чем на 2 мм, суммарная ширина остеолита по зонам более 10 мм - явная нестабильность.

В сроки наблюдения 5–8 лет после операции отличные, хорошие и удовлетворительные результаты (70-100 баллов по Харрису) получены у 95,2% пациентов, оперированных с использованием эндопротезов компании «Zimmer Biomet».

Результаты и их обсуждение. Особенности развития ортопедии последних десятилетий, характерной как для мировой, так и отечественной практики, является рост числа операций по замене различных суставов на их искусственные аналоги. Большинство таких вмешательств проводится на крупных суставах верхней и нижней конечностей, чаще всего на тазобедренном.

Осложнения зарегистрированы в 3,4% случаев. Инфекционные осложнения в

послеоперационном периоде - в 4 (0,4%) случаях. Нейропатия седалищного нерва зарегистрирована у 2 (0,2%) больных, тромботические осложнения - в 21 (1,9%) случаев, перипротезный перелом в ходе операции - в 4 (0,4%) случаях, вывих бедренного компонента эндопротеза в ближайшем послеоперационном периоде - в 3 (0,3%) случаях и асептическое расшатывание - у 3 (0,2%) больных.

В остальных случаях констатировали отличные и хорошие результаты.

Заключение. Внедрение в практику высокотехнологических операций, таких как эндопротезирование тазобедренного сустава современными и надежными имплантатами, соответствующими международным стандартам качества, позволили нам произвести на высоком уровне операции, в том числе в сложных клинических ситуациях, а результаты операций как в ближайшем, так и в среднесрочном периодах удовлетворили ожидания и травматологов – ортопедов области.

Зиябаев Ш.А, Эрматов Х.С., Дустов Х.С., Сиродждода К.Х., Рахимов О.И., Зарипов С.Х.

ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Медицинский центр «Ортопедия и высокие технологии»
Городская клиническая больница № 1 им. С. Урунова, г. Худжанд

Цель исследования. Определить условия, при которых хирургическое лечение внутрисуставных переломов пяточной кости является эффективным, представить типы переломов и методы их диагностики, рассмотреть прогноз исхода хирургического или консервативного лечения в зависимости от действия различных факторов.

Материал и методы исследования. Всего за 13 лет (2009-2022 гг.) находились на стационарном лечении 59 больных с внутрисуставными переломами пяточной кости. Мужчин было 42, женщин - 17. Средний возраст 34 г.

Большинство больных получили травму в результате падения с высоты – 52, 7 больных - в ДТП. Из них было оперировано 22 (37%), а остальные лечились консервативно.

Тактика лечения сводилась к следующему: при поступлении после проведения рентге-

нографии под местной анестезией производилась закрытая ручная репозиция перелома с наложением задней гипсовой лонгеты от ногтевой фаланги до коленного сустава. Гипсовую иммобилизацию использовали для создания покоя конечности, назначали нестероидные анальгетики, конечности придавали возвышенное положение. Далее учитывали возраст, жизненную активность больных, профессию, давность травмы, характера травмирующего фактора, тяжесть 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 пятки 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.

Результаты и их обсуждение. Общеизвестно, что лечение переломов пяточной кости с незначительными смещениями не составляет проблемы и дает хорошие результаты. Проблему представляют оскольчатые переломы, сопровождающиеся раздроблениями пяточной кости, смещением ее фрагментов. Именно эти повреждения приводят к тяжелым анатомическим и функциональным нарушениям стопы. У больных с оскольчатыми переломами пяточной кости основными причинами длительной потери трудоспособности и неудовлетворительных исходах лечения являются недостаточно хорошее сопоставление костных отломков, дисконгруэнтность подтаранного сустава, посттравматическое плоскостопие, болевые и нейроциркуляторные синдромы.

В целях повышения эффективности лечения больных с оскольчатыми внутрисуставными переломами пяточной кости нами использовался метод внутреннего остеосинтеза пластинами.

Операция выполняется под общим или спинальным обезболиванием. Доступ к пяточной кости наружный дугообразный в переходной области между ее боковой, задней и нижней поверхностями. Разрез осуществляется на всю глубину тканей до кости. Единым блоком, используя остро-зубые крючки, отсекаются мягкие ткани от боковой поверхности пяточной кости и частично от ее нижней поверхности. При этом вскрываются фиброзные каналы сухожилий малоберцовых мышц и последние перемещаются кверху, отсекаются малоберцового-пяточная и таранно-пяточная связки, вскрывается капсула подтаранного сустава и обнажается подтаранный сустав. После полного восстановления высоты пяточной

кости в области тела и переднего отростка осуществляется остеосинтез пластиной (Т-образная пластина правая или левая, реконструкционная пластина). Для доступа к вдавленному фрагменту (импрессионные переломы пяточной кости) с наружной поверхности тела пяточной кости на участке 2 × 3 см снимается кортикальная пластина (створка) и формируется отверстие. Через это отверстие проводится репозиция (подъем) вдавленного отломка. В образовавшийся дефект вводится соответствующей формы имплантат (пористый никелид титана, губчатая кость из крыла повздошной кости, остеоматрикс). Рана ушивается послойно с восстановлением стенок фиброзных каналов сухожилий малоберцовых мышц и дренированием с активной аспирацией. 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 со смещением фрагментов, несомненно, ново для отечественной травматологии и ортопедии и имеет большие перспективы как для научного развития, так и для практического применения. Внутрисуставные переломы пяточной кости можно лечить как хирургически, так и консервативно. Залогом достижения успеха в хирургическом лечении переломов пяточной кости являются: тщательный анализ особенностей собственно перелома, мягких тканей, а также пациента, как личности, реальная оценка возможностей хирургической бригады, знание и соблюдение технологии операции.

Зиябаев Ш.А., Эрматов Х.С., Махмадалиев Б.Г., Сироджзода К.Х., Узоков И.Д.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Медицинский центр «Ортопедия и высокие технологии»
Городская клиническая больница № 1 им. С. Урунова, г. Худжанд

Цель исследования. Улучшение функциональных результатов хирургического лечения переломов лодыжек и профилактика возможных осложнений.

Материал и методы исследования. В период с 2007 по 2022 гг. прооперировано 135 пациентов по поводу переломов лодыжек и переломов дистального конца большеберцовой кости со смещением. Из 135 пациентов мужчин было 110 (81,5%), женщин – 25 (18,5%). Средний возраст наблюдаемых составил 40. Преобладали пациенты в возрасте до 40 лет – 77 (57,1%).

Мы использовали классификацию АО-ASIF, включая переломы А, В, С и D типов. Переломы типа А встречались в 25 (18,5%) случаях, типа В – в 89 (66%) и типов С и D – в 21 (15,5%) случае. Открытый характер перелома наблюдался у 8(6%) пациентов. Переломы были получены при обычном падении у 80% пациентов, при падении с высоты – у 12%, в результате дорожно-транспортного происшествия – у 4%, занятий спортом – у 4%. В первые сутки оперированы 8 пациентов (6%). Через 4-5 суток после травмы прооперировано 127 больных (94%). В предоперационном периоде больным накладывали скелетное вытяжение или проводили иммобилизацию гипсом.

Операцию начинали с репозиции малоберцовой кости. Восстановление наружного опорного комплекса (идеальная репозиция малоберцовой кости с восстановлением её длины и оси и восстановление соотношения в дистальном межберцовом синдесмозе) – ключ к хирургии голеностопного сустава. После восстановления наружного опорного комплекса отломки большеберцовой кости часто «встают на место» или требуются незначительное усилие для репозиции. Малоберцовую кость фиксировали $\frac{1}{3}$ трубчатой пластиной, а при переломах типа А (опорный перелом) возможна фиксация стягивающей проволоочной петлей. При повреждении дистального межберцового синдесмоза после восстановления соотношения берцовых костей производили фиксацию «позиционным» винтом через три кортикальных слоя, что позволяет сохранить физиологическую подвижность в синдесмозе и сводит к минимуму развитие артроза.

Внутреннюю лодыжку фиксировали двумя винтами, винтом + спицей либо проволоочной петлей.

Результаты и их обсуждение. Повреждения голеностопного сустава составляет 13-20% всех переломов и от 40% до 60% - от переломов костей голени. За последние десятилетия взгляды травматологов изменились в сторону расширения показаний к оперативному лечению переломов лодыжек. Во многом это связано с работами М. Мюллера, М. Альговера, Х. Вилленгера - основателей АО/ASIF, провозгласивших в 1963 г. основные принципы лечения переломов, не потерявших своей актуальности и сегодня, особенно в лечении внутрисуставных переломов:

1) анатомичная репозиция – дисконгруэнтность неизбежно приведёт к остеоартрозу;

2) атравматичная хирургическая техника – щадящее отношение к кровоснабжению костных фрагментов и мягких тканей способствует более быстрому заживлению и сращению;

3) стабильная внутренняя фиксация;

4) ранняя активная мобилизация способствует восстановлению кровообращения в повреждённой зоне, а ранняя дозированная нагрузка на конечность позволяет избежать или уменьшить остеопороз костей.

У 104 (88,1%) пациентов наблюдались отличные и хорошие ближайшие и отдалённые результаты. Удовлетворительные (15 пациентов) и неудовлетворительные (4 пациента) результаты были у 16 пациентов, что составило 11,9%. По нашему мнению, они были обусловлены оскольчатый характером перелома, тотальным повреждением практически всех структур, стабилизирующих голеностопный сустав на фоне массивных разрушений суставного хряща.

Заключение. Внутрисуставные и около-суставные переломы лодыжек нуждаются в анатомической репозиции и стабильной фиксации в самые ранние сроки после травмы. Данная тактика обеспечивает возможность ранней разработки движений в оперированной конечности с целью раннего восстановления функции и полноценной профессиональной реабилитации пострадавшего.

Зиябаев Ш.А., Эрматов Х.С., Сирджода М.С., Сироджода К.Х., Шамиев Б.Д.

КРАТКОСРОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Медицинский центр «Ортопедия и высокие технологии»
Городская клиническая больница № 1 им. С. Урунова, г. Худжанд

Цель исследования. Оценить результаты изучения заболела Улучшение результатов хирургического лечения деформирующего артроза коленного сустава.

Материал и методы исследования. За период с 2012 по 2022 г. было выполнено 78 операций тотального эндопротезирования коленного сустава у 68 больных. Результаты прослежены у пациентов: женщин - 60 (77%), мужчин - 18 (23%). Средний возраст женщин - 58; мужчин - 61. Сроки наблюдения составили $3,3 \pm 1,3$ года (минимальный - 1 год, максимальный - 4 лет).

Мы использовали имплантаты NexGen фирмы «Zimmer» без сохранения задней крестообразной связки, заднестабилизирующих, Legacy LPC и AGC – система тотального эндопротезирования коленного сустава фирмы «BIOMET». Сохранение задней крестообразной связки представляется весьма важным моментом при эндопротезировании, но при выраженных контрактурах сустава восстановление полного объема движения требует от хирурга более глубокого понимания биомеханики и способов устранения ее нарушений. Варусная деформация нижней конечности отмечена у 54 (79%) больных, вальгусная деформация голени - у 5 (7,3%). У 9 (13,7%) пациентов ось нижней конечности патологически не была изменена.

В оценке послеоперационных функциональных результатов мы ориентировались по шкале Oxford Knee Score. Принималось во внимание, что «идеальный» функциональный результат (12 баллов) приравнивался к нулевой отметке. Следует отметить исходно схожую тяжелую клиническую картину. Если до операции по всем выделенным четырем группам средний балл составлял 51 (соответственно по группам 53-53-50-49) из максимальных 60, то через 6-7 месяцев после операции он составил 16 баллов (17-15-17-19 соответственно), что говорит о хорошем функциональном результате. Среди исследуемой группы пациентов преобладал идиопатический остеоартроз II-III степеней

- у 47; ревматоидный полиартрит - у 14 пациентов и посттравматический гонартроз - у 7. Клиническая оценка результатов проводилась по шкале Knee Society. До операции у большинства пациентов количество баллов не превышало 0.

Всем больным перед операций выполнялась рентгенография нижней конечности: тазобедренный, коленный и голеностопный суставы для последующего определения угла между механической и анатомической осями конечности. Предоперационное планирование проводилось по рентген-шаблонам. Операция выполнялась по стандартной методике с учетом рекомендаций по установке эндопротезов Nex Gen и AGC. Применялся срединный доступ с переходом на внутренний парapatellarный. Во всех случаях эндопротезирование надколенника не выполнялось. Двум больным с тяжелыми формами ревматоидного полиартрита проводилось одномоментное протезирование обеих коленных суставов.

Результаты и их обсуждение. Гонартроз – наиболее распространенная форма суставной патологии. В течение последних лет проблема лечения больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями коленного сустава становится все более актуальной. Восстановление функции коленного сустава остается одной из важных проблем в ортопедии, так как его патология с длительно существующим болевым синдромом является причинной временной или стойкой утраты трудоспособности пациентов различных возрастных групп. В последние годы в мире неуклонно увеличивается количество пациентов, которым выполняется тотальное эндопротезирование коленного сустава. За последние 40 лет многое изменилось не только в материалах, инструментарии, но и в хирургической технике. Успех «стандартной» имплантации складывается из нескольких составляющих: грамотное предоперационное планирование, правильное использование шаблонов

в ходе операционной методики, опыт и чутье хирурга, применение прецизионного инструментария и так далее.

В настоящее время эндопротезирование крупных суставов занимает в Таджикистане одно из новых, но приоритетных направлений в травматологии и ортопедии. Эндопротезирование коленного сустава в силу анатомических и конструктивных особенностей является более сложным. Успех операции во многом зависит как от хирургической техники, так и от выбранного имплантата. Также значимой является послеоперационная реабилитация с систематическим наблюдением за пациентами.

Тем не менее, возникают сложности с правильной ориентацией компонентов эндопротеза относительно механической оси конечности, с компенсацией вальгусной или варусной деформации конечности, с соблюдением угла правильной ротации при установке компонентов.

В послеоперационном периоде реабилитация заключалась в следующем: с первого дня после операции начинали восстанавливать амплитуду движений в коленном суставе. Со второго дня после удаления дренажей начинали активизацию пациентов

на костылях с дозированной нагрузкой на оперированную конечность. Через 3 - 4 дня пациенты могли приступать к активным движениям в коленном суставе. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у четырех пациенток - поверхностный, ограниченный краевой некроз кожи. Эпителизация произошла под струпом, что не сказалось на сроках и конечном результате лечения.

У всех пациентов были получены положительные результаты: у 22 (32,4%) - отличные, у 28 (41,2%) - хорошие и у 18 (26,4%) - удовлетворительные. Удовлетворительные результаты были обусловлены в первую очередь не имплантированным суставом, а тяжелой патологией смежных суставов и позвоночника. Функциональная оценка коленного сустава составила в среднем 88 баллов. Результаты больных, перенесших имплантацию эндопротезов, предполагавших сохранение задней крестообразной связки и без нее, не отличались.

Заключение. Таким образом, эндопротезирование коленного сустава является надежным и эффективным методом долгосрочного восстановления функции пораженного сустава.

Ибрагимов Ш.С., Расулзода С.Дж., Сайфуллоев Н., Ибрагимов А.Ш.

ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ПАТОЛОГИИ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Кафедра стоматологии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ, г. Бохтар, Хатлонская область

Цель исследования. Выявить особенности изменений слизистой оболочки полости рта при патологии внутренних органов для правильной постановки диагноза и улучшения прогноза лечения.

Материал и методы исследования. Проведен обзор литературных источников в отношении характерных признаков изменений слизистой оболочки полости рта при различной соматической патологии.

Результаты и их обсуждение. Заболевания слизистой оболочки полости рта являются одной из важнейших проблем в стоматологии. В последнее время уделяется большое внимание состоянию полости рта при различных заболеваниях внутренних органов и систем организма. Среди заболеваний слизистой

оболочки полости рта чаще встречается патология, обусловленная системными заболеваниями организма, - болезни сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, почек, эндокринной системы, крови и другие.

При декомпенсированных пороках сердца слизистая оболочка полости рта отечна, сухая, бледная с цианотичным оттенком в области небных дужек и десневого края, отмечается цианоз губ и возможны проявления катарального стоматита. В тяжелых случаях наблюдаются изъязвления с неровными подрывными краями, дно покрыто серовато-белым налетом, слюна вязкая, галитоз. Некротические поражения могут быть больших размеров и сопровождаться кровотечениями.

Инфаркт миокарда - наряду с цианозом слизистой отмечается ярко- красная или малиновая окраска языка, иногда трещины, появляются боль, жжение, затрудняющие прием пищи и речь. При стоматоскопии обнаруживают трещины, эрозии, изъязвления, кровоизлияния в сосочки и межсосочковую ткань языка.

Гипертоническая болезнь и атеросклероз - часто развивается пузырьный синдром. Пузыри с кровянистым содержимым появляются на слизистой мягкого неба, боковых поверхностях языка или слизистой щек по линии смыкания зубов. Обычно пузыри возникают внезапно, часто во время еды, увеличиваются в размерах, вскрываются, образуя эрозии. Эрозия покрыта беловатым налетом, основание ее гиперемировано. В некоторых случаях расширяются вены в подъязычной области.

Гиперацидный гастрит - язык обложен налетом, несколько увеличен за счет отека, ощущаются жжение, болезненность при приеме пищи.

Гипоацидный гастрит - язык уменьшен, нитевидные сосочки атрофированы, налет отсутствует, поверхность имеет лакированный вид с яркими пятнами и полосами, при этом нарушается вкусовая чувствительность языка и отмечается ксеростомия.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - язык покрыт налетом серого цвета. На его поверхности появляются участки мигрирующей десквамации. Наблюдаются гипертрофия отдельных грибовидных сосочков языка, гиперсаливация, снижается вкусовая чувствительность к сладкому.

Колиты и энтероколиты - притупляется вкусовая чувствительность натошак.

Рак желудка - уменьшается вкусовая чувствительность к горькому и сладкому. Вся поверхность языка обложена плотным белым налетом.

Хронический гепатит - отмечают парестезия слизистой языка, полости рта и горечь во рту. Небо приобретает желтушную окраску. При вирусном гепатите слизистая оболочка полости рта сухая, иногда отечная, на вестибулярной поверхности губ имеются очаги разлитой гиперемии в области выводных протоков крупных и мелких слюнных желез, она гиперплазирована и желтушно окрашена. Поверхность языка ярко красная, блестящая, нитевидные сосочки атрофированы, на слизистой обнаруживают телеангиоэктазии. Больные отмечают чувство жжения в языке.

Цирроз печени – язык отечный, боковая и нижняя поверхности его цианотичны, нитевидные сосочки атрофированы, десна кровоточит. Мягкое небо имеет желтушную окраску. Больные жалуются на горьковатый привкус и печеночной запах изо рта.

Острый панкреатит - слизистая оболочка полости рта гиперемирована, наблюдается желтушная окраска. Язык обложен желто-белым налетом, нитевидные и грибовидные сосочки увеличены, отмечают очаговую десквамацию эпителия дорсальной поверхности языка и признаки афтозного стоматита. Обычно имеются жалобы на ксеростомию и нарушение вкусовой чувствительности.

Хронический панкреатит - нитевидные сосочки языка атрофированы, иногда развивается кандидоз слизистой полости рта. При этом красная кайма губ истончена, в углах рта образуются хронические трещины.

Острая почечная недостаточность – язык обложен плотным налетом. Имеется склонность к быстрому образованию зубных отложений со специфической коричневой окраской. Слизистая полости рта воспалена, некротизирована, слюноотделение резко снижено.

Хроническая почечная недостаточность – слизистая бледная, сухая, истонченная, легко травмируется зубами или грубой пищей. Иногда отмечают желтушную окраску слизистой мягкого и твердого неба, щека, губ, а также коронковой части зубов. Язык сухой, обложен белым налетом. Обычно больные жалуются на неприятный запах изо рта, чувство жжения. Могут появляться множественные геморрагии на слизистой. Иногда заболевание осложняется кандидозами герпетическими высыпаниями на слизистой полости рта и красной кайме губ.

Хронический гломерулонефрит – слизистая полости рта бледная с желтовато-бледной окраской, слизистая десен отечна, цианотична, легко кровоточит, десневой валик утолщен. Нитевидные сосочки языка сглажены и имеется склонность к отложению над- и поддесневого камня. В тяжелых случаях развивается язвенно-некротический стоматит.

Сахарный диабет – больные могут ощущать сухость в полости рта, жжение и боль при приеме пищи и разговоре, снижение вкусовой чувствительности. Слизистая полости рта и язык сухие, воспалены, десна гипертрофирована, притупляется вкусовая чувствительность к сладкому, соленому и, в меньшей степени, к кислому.

Тиреотоксикоз – наблюдаются множественный кариес зубов с локализацией в пришеечной области, катаральный гингивит, стоматит, глоссит, жжение слизистой, снижение вкусовой чувствительности. Нитевидные сосочки языка сглажены, может быть неравномерная десквамация эпителия. Слизистая щек по линии смыкания зубов мутная. Клиническая картина иногда напоминает экссудативную форму эксфолиативного хейлита.

Гипотиреоз - язык сильно увеличен, складчатый, с отпечатками зубов по краям. Зубы поражены множественным кариесом с локализацией в пришеечной области. В детском возрасте могут быть задержка прорезывания зубов и незаращение небного шва, а также пороки развития челюстно-лицевого скелета.

Акромегалия - язык увеличен, его сосочки гипертрофированы, на спинке языка образуются складки, борозды, речь затруднена, губы уплотняются, резко выдаются вперед. Слизистая полости рта плотная, бледно-розового цвета, не собирается в складку, наблюдается гиперплазия концевых отделов выводных протоков слюнных желез. Десны гиперплазированы, нередко покрывают коронковую часть зубов.

Дисфункция половых желез – десневые сосочки гипертрофированы, окрашены в ярко

красный цвет, в процессе развития гингивита сменяется на синюшно-красный. Десна легко кровоточит, при хронической травме может изъязвляться.

Железодефицитная анемия - характерны парестезии, атрофические и воспалительные изменения слизистой полости рта, нарушения вкусовой чувствительности. На боковой поверхности и кончике языка появляются ярко красные пятна, что сопровождается чувством жжения и болезненностью при механическом раздражении. Нитевидные сосочки атрофированы, слизистая полости рта, языка, глотки и пищевода сухая. В углах рта болезненные, длительно не заживающие трещины, десна кровоточит, отмечают множественный кариес.

При В12-дефицитной анемии - слизистая полости рта бледная, жалобы на боли и жжение в языке, нередко на языке и слизистой полости рта высыпают афты. После исчезновения воспаления сосочки языка атрофируются, но он становится гладким, блестящим.

Заключение. Таким образом, характерные для каждой патологии признаки поражения слизистой оболочки полости рта, выявленные на приеме у стоматолога, могут способствовать правильному выбору дальнейшего направления диагностики соматических заболеваний.

^{1,3}Икромов М.К., ²Бобизода Ш.Б., ³Назирмадова М.Б.,
³Абдухалилов А.А., ³Очилов Д.М., ³Шерматов З.Т.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

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

²Кафедра оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино»

³ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахш”»

Цель исследования. Изучить диагностические возможности компьютерной и магнитно-резонансной томографии в определении различных форм и стадий юношеской ангиофибromы основания черепа.

Материал и методы исследования. В 2015-2022 гг. в отделении оториноларингологии Национального медицинского центра «Шифобахш» под нашим наблюдением находились 68 больных с диагнозом ЮАОЧ. Анализ клинического материала указывает

на то, что среди исследованных больных отсутствовали девочки, а наибольшее число пациентов (69,1%) относились к раннему юношескому возрасту и входили в возрастную группу 15-19 лет, 25% больных находились в позднем юношеском возрасте.

У всех 68 больных юношеская ангиофиброма основания черепа верифицирована морфологическим исследованием биоптатов и послеоперационных материалов. Исследования проводились в лаборатории ГУ «Наци-

ональный медицинский центр Республики Таджикистан “Шифобахш”».

Объём обследований кроме общеклинических анализов включал в себя риноэндоскопию, лучевые методы исследования (рентгенограмма и компьютерная томография придаточных пазух носа), МРТ пазух носа. Из общего числа наблюдаемых больных 10 было проведено рентгенологическое исследование в двух стандартных проекциях (подбородочно-носовая и боковая рентгенограмма черепа), 5-ым произведены рентгенологическая краниография в двух проекциях и КТ пазух носа, 30 больным – КТ, 18 пациентам - МРТ околоносовых пазух, 5 - и КТ, и МРТ параназальных пазух.

Результаты и их обсуждение. Из числа 15 пациентов, которым произведена краниография, обнаружены следующие рентгенологические симптомы: тень опухоли в просвете носоглотки с чёткими контурами – 3; смещение мягкого нёба книзу и вперёд – 2; тень новообразования в полости носа на стороне поражения – 2; смещение носовой перегородки – 3; симптом ограничения тени или смещения стенок пазух носа – 5

Традиционное рентгеновское исследование лишь косвенно, по смещению костных элементов или их исчезновению позволяет предполагать распространение опухоли в направлении полости черепа. Сам же внутричерепной фрагмент и его размеры определить очень трудно или не удаётся. Другим фактором отрицательной стороны этого исследования является наложение теней друг на друга, которые затрудняют адекватную интерпретацию рентгеновского снимка.

КТ позволяет получить изображение органов и патологического процесса только исследуемого среза, что даёт чёткое изображение без наложения выше и ниже расположенных образований. С помощью КТ можно получить чёткое трёхмерное изображение патологического процесса и определения плотности ткани, точное определение границ и возможности проникновения опухоли в окружающие области, характер и объём разрушения костной ткани.

КТ позволяет получить информацию о состоянии таких труднодоступных областей, как основание черепа, крылонёбная и подвисочная ямки, основная пазуха, задние отделы глазницы, ткани парафарингеального пространства.

Имея в виду высокую информативность данного метода исследования, из числа 68 наблюдаемых пациентов 40 (58,8%) назначена КТ параназальных пазух. Для более улучшен-

ной информативности КТ можно провести с контрастным усилением.

МРТ – это метод трёхмерного изображения человеческого организма, основанный на исследовании реакции протонов в зависимости от той среды, в которой они располагаются. МРТ можно выполнять в различных режимах (T1, T2,...) и изображения одной и той же структуры или вещества могут быть гипо- изо- и гиперинтенсивным по сравнению сокружающими тканями. МРТ позволяет лучше контрастировать ткани чем КТ. Использование контрастного вещества даёт возможность получить более полную информацию о границах, васкуляризации опухоли и ее строении. Стало возможным дифференцировать рецидивы опухоли от послеоперационных фиброзных изменений.

Исследование околоносовых пазух и основания черепа с помощью КТ и МРТ позволило с точностью определить форму роста ЮАОЧ в зависимости от места её исхода.

Таким образом, из общего числа больных у 51,5% была обнаружена сфеноэктоидальная форма роста опухолей, реже встречалась базиллярная форма (25,0%), птеригомаксиллярная форма роста опухолей имела место в 22,0% случаев, губарная форма роста опухоли была выявлена в 1 случае.

Немаловажным является анализ сроков обращения больных к врачам с момента появления первых симптомов. Обычно больные неправильно воспринимают затруднение дыхания, не обращаются за врачебной помощью. С другой стороны, и врачи общей лечебной сети мало осведомлены о ЮАОЧ из-за редкой встречаемости патологии, из-за отсутствия онкологической настороженности.

Вышеперечисленное свидетельствует о крайней необходимости правильной постановки диагноза ЮАОЧ, так как адекватное стадирование опухолевого процесса даёт возможность выбора эффективных методов хирургического лечения, позволяет снизить риск возникновения рецидивов болезни.

В результате тщательного анализа, с учетом клинических, лабораторных, рентгенологических исследований мы провели стадирование ювенильных ангиофибром у наших больных по классификации U.Fisch (1983) в модификации Andrews.

У значительного числа больных (61,8%) была установлена II стадия ангиофибромы, I стадию имели 10,3% пациентов, IIIA стадия имела место у 19,1% больных, IIIB – у 4,4%. С IV стадией ангиофибромы наблюдались

3 пациента, что соответствовало 4,4% от общего количества наблюдаемых больных, которым требовался системный подход с привлечением нейрохирурга, офтальмолога, челюстно-лицевого хирурга, онколога и других специалистов.

Заключение. Компьютерная и магнитно-резонансная томография дали возможность определить точную топологию опухолей,

распространенность их в жизненно важные органы, получить информацию о состоянии костей черепа а также идентифицировать форму в зависимости от исходного места опухоли и установить стадирование заболевания, результатом которых может стать правильный и адекватный выбор метода хирургического вмешательства при ЮАОЧ.

^{1,2}Икромов Т.Ш., ²Ибодов Х., ²Мурадов А.М., ²Асадов С.К.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ
²ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучить показатели гемостаза у детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек (ХБП).

Материал и методы исследований. Нами изучены результаты лечения 187 детей с уролитиазом, осложненным ХБП. В возрастном аспекте были пациенты от 3 до 18 лет. В зависимости от стадии нарушения гипокоагулирующей функции легких (ГФЛ), гемостаза и реологии у детей с уролитиазом, осложненным ХБП, а также с учетом скорости фильтрации (СКФ) и степени тяжести воспалительного процесса больные разделены на 5 групп. I группа - 73 (39,0%) ребёнка с уролитиазом, осложненным ХБП I стадии, СКФ ≥ 90 мл/мин. II группа - 59 (31,6%) со СКФ 89-60 мл/мин, их условно разделили на: 2.1. подгруппу - 37 (62,7%) и 2.2. подгруппу - 22 (37,3%). III группа - 23 (12,3%) больных ХБП 3 стадии, СКФ 59-30 мл/мин, условно разделена на: 3.1. подгруппу - 14 (60,9%) и 3.2. подгруппу - 9 (37,3%). IV группа - 20 (10,7%) детей с ХБП 4 стадии, СКФ 30-15 мл/мин, также поделили: 4.1. подгруппу - 12 (60,0%) и 4.2. подгруппу - 8 больных. V группа - 12 (6,4%) детей с ХБП 5 стадии, СКФ менее 15 мл/мин, условно поделили на три подгруппы: 5.1. подгруппу составили 2 (16,6%), 5.2. подгруппу - 7 (41,7%) и 5.3. подгруппу - 5 (41,7%) пациентов.

Изучали показатели коагулограммы и реологии в венозной кубитальной крови (ВКК), притекающей смешанной венозной крови (СВК), взятой из правого желудочка сердца путем катетеризации через подключичную вену, и оттекающей от них артериальной

крови (ОАК) путем катетеризации бедренной или локтевой артерии. Традиционными методами определяли состояние свертывающей, антисвертывающей и фибринолитической активности крови.

Результаты и их обсуждение. Нами проанализированы показатели коагуляционного потенциала у 73 больных с уролитиазом, осложненным ХБП 1 стадии, выявлена мозаичность состояния системы гемостаза в СВК и ОАК. В СВК 1.1. подгруппы отмечается незначительная гиперкоагуляция без активации антисвертывающей и фибринолитической систем, в 1.2. подгруппе с незначительной активацией антисвертывающей; в АК в обеих подгруппах - нормокоагуляция. Т.е. у детей с уролитиазом, осложненным ХБП 1 стадии, легкие выполняют присущую им гипокоагулирующие функции легких (ГФЛ) и повышают гемостатический потенциал притекающей к ним крови. Из 73 больных у 59 (80,8%) ГФЛ не изменена и соответствует здоровым детям, у 14 (19,2%) ГФЛ имеет начальные компенсированные стадии нарушения - условно 1А стадия.

У 59 больных детей с уролитиазом, осложненным ХБП 2 стадии, выявлены разнообразные нарушения в системе гемостаза в СВК и ОАК. В СВК 2.1. подгруппы - гиперкоагуляция без активации антисвертывающей и фибринолитической систем, в 2.2. подгруппе - с незначительной активацией антисвертывающей; в ОАК в обеих подгруппах в зоне нормокоагуляции. У детей с уролитиазом, осложненным ХБП 2 стадии, легкие выполняют присущую им ГФЛ и повышают гемо-

статический потенциал притекающей к ним крови. Из 59 больных у 37 (62,7%) ГФЛ имеет субкомпенсированные нарушения – 2 стадия.

У 23 больных детей с уролитиазом, осложненным ХБП 3 стадии, выявлены разнообразные динамические изменения системы гемостаза: СВК и ОАК. В СВК 3.1. и 3.2. подгрупп - гиперкоагуляция с признаками потребления факторов протромбинового комплекса и антитвертывания; в ОАК в 3.1. подгруппе - нормокоагуляция, а в 3.2. подгруппе появились признаки гиперкоагуляции с начальными признаками потребления факторов свертывания и антитвертывания.

У детей с уролитиазом, осложненным ХБП 3 стадии, легкие функционально не полностью выполняют присущую им ГФЛ: из 23 больных у 14 (60,9%) ГФЛ имеет выраженные компенсированные стадии нарушения – условно – 1Б стадия, в 9 (39,1%) ГФЛ имеет субкомпенсированные нарушения – 2 стадия.

У 20 больных детей с уролитиазом, осложненным ХБП, 4 стадии выявлены разнообразные динамические изменения в системе гемостаза СВК и ОАК. В СВК 4.1. и 4.2. подгруппах - гиперкоагуляция с признаками потребления факторов протромбинового комплекса и антитвертывания; в ОАК в 4.1. подгруппе и 4.2. - признаки гиперкоагуляции с начальными признаками потребления факторов свертывания и антитвертывания. У детей с уролитиазом, осложненным ХБП, 4 стадии легкие функционально не полностью выполняют присущую им ГФЛ из 20 больных у 12 (60,0%) ГФЛ имеет выраженные компен-

сированные стадии нарушения – условно 1Б стадия, у 8 (40,0%) ГФЛ имеет субкомпенсированные нарушения – 2 стадия.

У 12 больных детей с уролитиазом, осложненным ХБП 5 стадии, отмечены выраженные нарушения системы гемостаза в различных сосудистых бассейнах в ВКК, СВК и ОАК. У детей с уролитиазом, осложненным ХБП 5 стадии, легкие функционально не выполняют присущую им ГФЛ из 12 больных у 2 (16,6%), ГФЛ имеет выраженные компенсированные стадии нарушения – условно 1Б стадия, в 7 (41,7%) ГФЛ имеет субкомпенсированные нарушения – 2 стадия, 5 (41,7%) - декомпенсированные нарушения ГФЛ.

В отличие от предшествующих исследователей, которые квалифицировали нарушения ГФЛ на 3 стадии, мы предлагаем более расширенное и углубленное разделение: 1 стадия - компенсированные нарушения ГФЛ: 1А начальные и 1Б выраженные; 2 стадия - субкомпенсированные нарушения ГФЛ; 3 стадия - декомпенсированные нарушения ГФЛ: 3А обратимые изменения, 3Б необратимые изменения.

Заключение. Проведенный анализ развившихся синдромных осложнений в виде СОЛП, ДВС, СПОН и летальность у этой категории больных показали прямую взаимосвязь между тяжестью и стадийностью нарушения ГФЛ. Наиболее частые осложнения встречаются при субкомпенсированных и декомпенсированных стадиях ГФЛ, а летальность наблюдалась при декомпенсированных стадиях.

^{1,2}Икромов Т.Ш., ¹Ибодов Х., ¹Мурадов А.М., ¹Асадов С.К.

ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С УРОЛИТИАЗОМ

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

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

Цель исследования. Изучить состояние функции внешнего дыхания (ФВД) у детей с уролитиазом.

Материал и методы исследования. Нами изучено состояние функции внешнего дыхания у 135 детей с уролитиазом, осложненным хронической болезнью почек, в возрасте от 6 до 18 лет.

ФВД исследовалась на аппарате Hellige CardioSys V3.01 с компьютерной пристав-

кой. Параметры ФВД определялись с учетом роста, массы тела, барометрических и температурных условий. Уровень насыщения кислорода определяли с помощью пульсоксиметра фирмы «DATEX».

В зависимости от тяжести патологического процесса и степени вентиляционной дыхательной недостаточности (ВДН) поступившие больные условно разделены на 3 типа: I обструктивный тип наблюдался у 34

(25,2%), II рестриктивный тип – у 47 (34,8%), III смешанный тип – у 54 (40,0%). Наиболее часто ВДН наблюдалась у больных с двусторонними множественными камнями почек с ХБП III-V степеней.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного анализа выявлено, что обструктивный тип чаще встречался при нарушении проходимости дыхательных путей вследствие отека слизистой оболочки и спазма гладкой мускулатуры бронхов, большого количества мокроты, скрытого бронхоспазма, при этом отмечалось снижение ОФЛ1/ФЖЕЛ более чем на 70% и повышение ФЖЕЛ более чем на 80%. Причинами развития обструкции в основном были сопутствующие болезни: верхних дыхательных путей - ринит – 16 (11,9%), тонзиллит – 29 (21,5%), бронхит – 41 (30,4%), бронхоэктазия – 9 (6,7%) и др., которые более чем в 2/3 случаев были совместными и взаимно усугубляли друг друга.

Рестриктивный тип ДН характеризовался снижением растяжимости непосредственно легочной ткани или уменьшением её функционального объема. Причинами являлись: пневмония – 4 (2,96%), плеврит – 13(9,6%), микроателектазы и двухсторонняя инфиль-

трация при синдроме острого легочного повреждения (СОЛП) и синдром полиорганной недостаточности (СПОН) - 26 (19,3%), локальный в легких ДВС-синдром - 19 (14,1%), что проявлялось снижением ФЖЕЛ ниже 80% и повышением соотношения ОФЛ1/ФЖЕЛ более 70%.

Смешанный тип встречался наиболее часто - до 40,0%, т.к. у этого контингента больных в механизме развития дыхательной недостаточности включаются центральный (энцефалопатия смешанного генеза – у 31-22,9%), торакодиафрагмальный (болевой синдром при двухстороннем уролитиазе и ограничение объема вдоха и выдоха), обструктивный, рестриктивный и перфузионный звенья патогенеза развития кислородной недостаточности.

Заключение. Тяжесть дыхательной недостаточности у детей с уролитиазом, осложненным ХБП, тесно связана со стадией хронической болезнью почек.

Изучение ФВД у детей с двухсторонним уролитиазом, осложнившимся хронической болезнью почек, играет важную роль в предоперационной подготовке, выборе метода обезболивания и профилактике интра- и послеоперационных осложнений.

Имомова Ф.З., Каримов С.М.

КАЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ЭНДОПЕРИАПИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ ПУЛЬПАРНО- ПЕРИОДОНТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ С РАЗНОНАПРАВЛЕННЫМИ МЕЖСИСТЕМНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Провести качественную оценку сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у пациентов с сопутствующей соматической патологией.

Материал и методы исследования. У 265 соматических пациентов с сочетанными поражениями пульпарно-периодонтального комплекса в возрасте от 20 до 50 лет и старше проведен ситуационный анализ состояния корневых каналов и перирадикулярных изменений в области 732 зубов разной функционально-ориентированной

группы. По групповой принадлежности в зависимости от количественного состава зубы распределились следующим образом: 112 резцов верхней челюсти; 60 резцов нижней челюсти; 110 премоляров верхней челюсти; 86 премоляров нижней челюсти; 206 моляров верхней челюсти; 158 моляров нижней челюсти. С целью изучения эндопериапикального состояния 732 зубов использовали внутритротовое денгальное и ортопантомографическое исследования.

Результаты и их обсуждение. Из представленных данных следует, что у большин-

ства пациентов с разнонаправленными межсистемными нарушениями с вариацией от 67% до 85% обследованных удаление зубов производится по поводу сочетанного пульпарно-периодонтального поражения. С целью определения качества эндопериапикального лечения зубов нами проанализированы 265 ортопантограмм пациентов с разнонаправленными межсистемными нарушениями, обратившихся к нам на лечение. Как следует из полученных данных, на каждого обследованного в среднем приходится 6,2 удаленных зуба и 2,8 зуба с сочетанным поражением пульпарно-периодонтального комплекса (леченным и нелеченным).

В целом, анализ результатов лечения сочетанного поражения пульпарно-периодонтального комплекса у пациентов с внутрисистемными нарушениями говорит о нижеследующем. Из 378 зубов только у 134 (35,4%) каналы запломбированы до верхушки, у 244 (64,6%) они были запломбированы не до верхушки. Полученные данные в указанном аспекте можно трактовать по-разному, но однозначно это указывает на недостаточное владение современными технологиями эндопериапикального лечения.

При обработке данных по качеству пломбирования корневых каналов мы

столкнулись с любопытным фактом. Из 244 зубов с плохо запломбированными корневыми каналами 60 оказались однокорневыми зубами и 184 - многокорневыми. Это неожиданность для нас, так как однокорневые зубы обычно пломбируются более качественно. Объяснить указанный факт можно исключительно небрежностью врачей-стоматологов, которые, надеясь на свой опыт, не считали необходимым провести рентгеноконтроль качества эндодонтического лечения.

Заключение. Сочетанное поражение пульпарно-периодонтального комплекса у больных с разнонаправленными межсистемными нарушениями – часто встречающаяся патология, а техничное исполнение применяемых в настоящее время эндодонтических методов лечения не всегда обеспечивает положительного результата. Именно в таком аспекте, на наш взгляд, постановка проблемы будет правильной, т.к. речь идет о некачественном выполнении эндодонтических методик, проверенных в течение длительного времени. Успешное эндодонтическое лечение достигается только тщательной обработкой корневого канала зубов и полноценным их пломбированием.

Исмоилов М.М., Шаймонов А.Х., Саидов М.С., Шамсов Н.Х.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ ПЛАЗМОЛИФТИНГА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ОЖОГОВ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Цель исследования. Изучение ближайших результатов применения методики плазмолифтинга в комплексном лечении больных с последствиями ожогов верхней конечности.

Материал и методы исследования. В материал исследования вошли 8 больных с последствиями ожогов верхней конечности и 4 с последствием ожогов нижних конечностей, обратившихся в Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии в период с 2018 по 2023 годы. Возраст больных колебался в пределах от 13 до 26 лет, среднее значение составило $17,5 \pm 1,3$ года. Все больные оперировались первично, аутологичная плазма вводилась на 14 сутки после

проведения хирургического вмешательства, сразу после снятия швов. Обкалывание производилось в пять этапов, с промежутком в неделю.

Результаты и их обсуждение. Методика плазмолифтинга, при которой больному вводят аутологичную плазму, обогащенную тромбоцитами, широко используется в медицине начиная с конца 80-х годов XX века.

Эффективность данной методики при ведении больных с последствиями термических ожогов недостаточно изучена и требует проведения дополнительных исследований. Существуют единичные работы в зарубежной литературе, посвященные данной работе, однако они носят экспе-

риментальный характер, не клинического характера.

У всех больных отмечалось снижение натяжения в области повреждения, а также улучшение кровообращения в зоне разрастания рубцовой ткани. На рисунке два представлен клинический пример введения обогащённой тромбоцитами плазмы девушке 17 лет, после которого рубец размяк, а в области пальца появились утерянные ротационные движения.

В ходе опроса по опроснику MC Gill устанавливалась степень болевых ощущений при проведении данных процедур. В целом, степень болевых ощущений была допустимой и не представляла больших трудностей как для больного, так и для проводящего специалиста.

Измерение дискриминационной чувствительности, а также температуры в области здоровых тканей, по краю и в центре лоскута показало значительное улучшение показателей в после введения обогащённой тромбоцитами аутологичной крови

пациентов. Если до проведения операции средние показатели в центре составляли $31,2 \pm 1,9$ °C, то после проведения операции отмечалось улучшение до $35,6 \pm 1,5$ °C. Отмечалось улучшение чувствительности в области введения обогащённой тромбоцитами плазмы крови.

После проведения второй и третьей процедур наблюдалась ещё большая степень размягчения рубцовой ткани, а также отмечалось покраснение тканей в области рубца, что косвенно свидетельствует об улучшении трофики за счёт БАВ, содержащихся в обогащённой тромбоцитами крови.

В целом хорошие результаты отмечались в 9 случаях, удовлетворительные - в 3 случаях применения методики плазмолифтинга.

Заключение. Таким образом, приведённые данные показывают высокую эффективность применения методики плазмолифтинга с введением в область рубца и окружающие ткани обогащённой тромбоцитами крови.

Исмоилов А.А., Ашуров Г.Г., Муллоджанов Г.Э.

РЕЗУЛЬТАТЫ КАЧЕСТВЕННОЙ ОЦЕНКИ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОТЯЖЕННОСТИ НЕСЪЕМНОЙ СУПРАКОНСТРУКЦИИ

Кафедра колопроктологии ГОУ "ИПОвСЗ РТ"

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты позиционирования подсаженных имплантатов в зависимости от протяженности несъемной супраконструкции.

Материал и методы исследования. Дентальная имплантация осуществлена у 125 пациентов в возрасте от 20 до 50 лет. Из обследованных пациентов мужчин было 60 (48,0%), женщин – 65 (52,0%). В зависимости от протяженности окклюзионных дефектов обследованный контингент условно был разделен на 3 группы: 1-ю группу составили пациенты (24 человек) с окклюзионными дефектами малой протяженности (отсутствие 1-3 зубов); во 2-ю группу вошли обследованные пациенты (68 человек) с окклюзионными дефектами средней протяженности (отсутствие 4-6 зубов); 3-ю группу составили пациенты (33 человек) с дефектами зубных рядов большой протяженности (отсутствие более 6 зубов).

При имплантационном лечении окклюзионных дефектов 24 пациентам первой группы были установлены от 1 до 3 внутрикостных имплантатов (всего 42 шт.). У 68 больных 2-й группы установлены от 3 до 6 внутрикостных имплантатов (всего 94 шт.). 33 пациентам 3-й группы были установлены от 6 и более внутрикостных имплантатов (всего 115 шт.). У всех пациентов в письменной форме было получено информированное согласие. Всего установлен 251 винтовой внутрикостный имплантат системы. На верхнюю челюсть установлено 143, на нижнюю – 108 имплантатов. По одноэтапной методике установлено 90 (35,9%), по двухэтапной методике – 161 (64,1%) дентальных имплантатов.

Для анализа качества позиционирования имплантатов в костной ткани полученные снимки сканировали с разрешением 600 пикселей/дюйм и обрабатывали с помощью

программы работы с изображениями (Adobe Photoshop CS 8.0). Для интерпретации полученных данных использовали балльную систему оценки биомеханического риска, предложенную Ф. Ренуаром (2004) и адаптированную для нашей работы, по нижеследующим критериям.

При суммировании баллов учитывали максимальный балл по каждому описанному критерию. Полученные данные обрабатывались по общепринятой методике, средний балл для каждой группы вносили в таблицу. Критерии оценок качества позиционирования дентальных имплантатов в зависимости от протяженности несъемной ортопедической конструкции были следующими: 0-4 балла - хорошее качество позиционирования, низкий биомеханический и функциональный риск установленного дентального имплантата; 5-7 баллов - удовлетворительное качество позиционирования, средний биомеханический и функциональный риск установленного дентального имплантата; 8 и более баллов - неудовлетворительное качество позиционирования, высокий биомеханический и функциональный риск установленного дентального имплантата.

Результаты и их обсуждение. Из представленных данных видно, что в группе пациентов с несъемными имплантационными протезами малой и средней протяженности

средний балл позиционирования (2,92 и 3,19 баллов соответственно в 1-й и 2-й группах) соответствует хорошему качеству позиционирования дентальных имплантатов и, соответственно, низкому риску по биомеханическим аспектам и хорошему функциональному прогнозу имплантационных ортопедических протезов. В группе пациентов с несъемными имплантационными протезами большой протяженности средний балл (5,83) относится к критерию «удовлетворительное качество позиционирования», что свидетельствует о риске средней степени по биомеханическим критериям и функциональному прогнозу. Имплантационные протезы большой протяженности при 8 и более баллов следует отнести к критерию «низкое качество позиционирования», что свидетельствует о риске низкой степени по биомеханическим критериям и функциональному прогнозу.

Заключение. Компьютерный анализ после хирургического этапа установки дентальных имплантатов показал, что наиболее высокое качество позиционирования дентальных имплантатов, соответственно, низкий биомеханический риск и хороший функциональный прогноз несъемных ортопедических протезов были отмечены при функционировании несъемных имплантационных протезов с малой и средней супраконструкционными единицами.

¹Истамова Г.Д., ³Ахмеджанова Г.А., ²Пулатова А.П.,
¹Мухамадиева С.М., ²Амирова Н.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОДКОЖНОГО ИМПЛАНТА ЛЕВОПЛАНТ ДЛЯ ЖЕНЩИН ГРУПП ВЫСОКОГО РИСКА

¹Кафедра акушерства и гинекологии №1 ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ГОУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

³ГУ «Национальный центр репродуктивного здоровья» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность чисто протестинового контрацептива (ЧПК) пролонгированного действия Левоплант для женщин групп высокого риска.

Материал и методы исследования. Проведено проспективное наблюдение за 142 женщинами репродуктивного возраста, использовавших современные ЧПК пролонгированного действия. Основную группу

составляли 78 пациенток, использовавших подкожный имплант левоплант и 64 – инъекционный контрацептив – Депо Провера.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных женщин составлял $30,75 \pm 0,4$ лет. Среди пациенток, использовавших левоплант, каждая вторая ($40/51,3 \pm 0,22\%$) находилась в позднем репродуктивном возрасте, более 40% ($32/41 \pm 0,22\%$) - в активном и $6/7,7 \pm 0,02\%$

- в раннем репродуктивном периоде. Повторнородящих женщин в группе пациенток, использовавших Депо Провера (47/73,4±0,34%) было в 1,7 раза больше, по сравнению с пациентками, использовавшими левоплант (34/43,6±0,22%) ($p < 0,05$). Первородящих в группе левопланта было 5/6,4±0,02%, что в 2 раза больше, по сравнению с женщинами, которые внутримышечно получали инъекции Депо Провера (2/3,1±0,01%), многорожавших женщин - в 2,3 раза больше, по сравнению со II-ой группой (42/53,8±0,32 и 15/23,4±0,22% соответственно). У каждой третьей пациентки (32,7±0,21%), использовавших ЧПК пролонгированного действия, межродовой интервал был менее 2-х лет (39,7±0,23 и 34,4±0,22% соответственно). У более половины изучаемых групп женщин, использовавших ЧПК пролонгированного действия (51,0±0,35%), установлен отягощенный акушерский анамнез, при этом у пациенток, использовавших Депо Провера (69,6±0,33%), анамнез был отягощен в 1,4 раза чаще, по сравнению с группой женщин, использовавших левоплант (48,7±0,3%). Через 6 месяцев после родов ЧПК пролонгированного действия использовали только 28,2±0,19% женщин, при этом в группе пользователей Депо Провера - 32,8±0,21%, в группе использовавших левоплант - 29,5±0,2%. После аборта ЧПК пролонгированного действия предпочитала каждая пятая пациентка (21,6±0,18%): среди использовавших левоплант - 19,2±0,15% и Депо Провера - 17,2±0,14% ($p > 0,05$). Более 60% пациенток, использовавших ЧПК, страдали анемией различной степени тяжести 92/64,8±0,02%: в I группе - 49/62,8±0,04 и во II-ой - 43/67,2±0,22% соответственно; у более половины (55,1±0,17% и 53,1±0,16% в I и II группах соответственно) диагностированы йоддефицитные состояния. Установлено, что пиелонефритом страдали более 1/3 пациенток: в I-ой группе - 31/39,7±0,01, во II-ой - 26/40,6±0,04%. Среди потребителей подкожного контрацептива левоплант варикозная болезнь была диагностирована в 35/44,9±0,02% случаев, во II - 26/40,6±0,04% случаев. Ожирение различной степени имели 73/51,4,0±0,39% женщин: в группе пациенток, использовавших Депо Провера - 31/48,4±0,04%, в группе пользователей левопланта - в 1,2 раза больше (44/56,4±0,01%). Страдали гинекологическими заболеваниями 75/52,8±0,04% женщин, при этом ВЗОТ больше в I-ой группе (47/60,2±0,02%), по

сравнению со II-ой (19/29,7±0,04%). Патологические изменения шейки матки в группе пациенток, использовавших Депо Провера, имели место в каждом третьем случае (19/29,7±0,02%), что в 1,3 раза больше, по сравнению с группой женщин, использовавших левоплант (14/17,9±0,02%).

В I-ой группе женщин, которым был подкожно введен левоплант, количество пользователей за период наблюдения сократилось только через 12 месяцев, составляя 70/89,7±0,03% женщин. Во II-ой группе пациенток, которые получали внутримышечные инъекции Депо Провера, количество пользователей через 9 месяцев сократилось до 54/84,3%, составляя к концу года 51/79,6±0,07%.

Установлено, что через 12 месяцев при использовании левопланта нарушение менструального цикла наблюдалось у 53/67,9±0,38% женщин, при этом аменорея - у каждой пятой (16/20,5±0,1%), кровомазание - каждой четвертой (16/25,0±0,23). Тогда как среди пациенток, использовавших Депо Провера в течение одного года они установлены у 34,4±0,26 и 37,5±0,28% соответственно. Кроме вышеуказанных нежелательных эффектов ЧПК, 23 (16,1%) обследованных пациентки указали на другие побочные эффекты в виде головной боли, головокружения, перепадов настроения и снижения сексуального влечения, которые прекратились после первых месяцев использования и консультирования. В течение использования ЧПК пролонгированного действия подавляющее большинство женщин отмечали «хорошую» субъективную переносимость используемого контрацептива: к концу года в I-ой группе - 68/87,1±0,36%, во II-ой - 56/87,5±0,32%. Несмотря на незначительные нежелательные эффекты, большинство женщин изучаемых групп указали удобство использования ЧПК: в I-ой группе 66/84,6±0,19%, во II-ой - 56/87,5±0,14%. Беременность не наступила ни у одной пациентки.

Заключение. Подкожный чисто прогестиновый контрацептив пролонгированного действия левоплант является приемлемым методом предохранения от нежелательной беременности для женщин старших возрастных групп, повторно- и многорожавших, страдающих экстрагенитальной и гинекологической патологией и не уступает по своей эффективности инъекционному контрацептиву Депо Провера. Практическая эффективность метода зависит от квалификации специалиста, предоставляющего контрацептивные услуги.

Kadyrov K.U., Nazirov S.N.

FORENSIC ASPECTS OF POSTMORTEM DIAGNOSIS OF TYPE II DIABETES MELLITUS

Dushanbe, Tajikistan

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

The purpose of the study. Development of scientifically based recommendations and algorithm for post-mortem diagnosis of diabetes mellitus in forensic medical practice.

Materials and methods of research. The material for our research were: blood samples taken from the corpses of persons who died a violent and non-violent death (18 cases); archival materials (acts of forensic medical examination of corpses; 19 cases in total); corpses of persons who died suddenly (22 cases).

Biochemical studies (mainly on the content of glucated hemoglobin) were checked at the Department of Biochemistry of the Tashkent Pediatric Medical Institute.

The results of the study and their discussion. In recent years, there has been a sharp increase in the incidence of diabetes worldwide. At the same time, the number of diabetic patients doubles every 10-15 years. According to the data of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, diseases of the cardiovascular system in combination with diabetes mellitus occupy a leading place in the structure of mortality. It should be noted that in

these cases, sudden death is most often noted, in which the corpse is subject to mandatory forensic medical examination, primarily to exclude violent death.

All selected cadaveric blood samples were examined for the content of glycated hemoglobin. The content of glycated hemoglobin in 48.2% of cases exceeded the norm.

When analyzing archival material, it was revealed that in 86.3% of cases from the total sample, diabetes mellitus was not diagnosed during a forensic medical study, of which, in 42.6%, diabetes mellitus was not diagnosed during life (data were not available in medical documents).

Conclusions. The frequency of occurrence of elevated levels of glycated hemoglobin in cadaveric blood samples is quite high, which indicates a large proportion of undiagnosed diabetes mellitus during life. Analysis of archival material of forensic medical reports revealed that the diagnosis of "Diabetes mellitus" or "Hyperglycemic coma" as the main cause of death was not exposed when making a forensic diagnosis.

Кандаков О.К., Расулов Н.А., Рахимова С.У., Нуров З.Х., Фарзона Иброхим

МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ

ГОУ ИПО_ВСЗ РТ

ГУ ГЦ СМП РТ

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с абсцессами печени с применением миниинвазивных методов хирургического лечения.

Материал и методы исследования. За период с 2020 по 2022 гг. на базе кафедры хирургии ГОУ ИПО_ВСЗ РТ, расположенной в ГУ ГЦСМП РТ, госпитализированы 68 больных.

На основании клинико-anamnestических

данных, данных лабораторных исследований и УЗИ органов брюшной полости выставлен диагноз «абсцесс печени» (АП). При сомнениях в правильности диагноза исследование было дополнено КТ или МРТ органов брюшной полости. Среди наблюдавшихся женщин было 20 (29,4%), мужчин - 48 (70,6%). Возраст пациентов составил 25-70 лет.

После предоперационной подготовки в срочном порядке всем больным было вы-

полнено хирургическое лечение под местной анестезией - пункция и дренирование жидкостного образования. Жидкостное образование чаще всего располагалась в правой доле печени - 38 (55,9%), локализация в левой доле наблюдалась у 27 (39,7%), поражение обеих долей выявлено у 3 (4,4) больных. Большинство пациентов – 44 (64,7%) - имели одиночные абсцессы, множественные абсцессы были диагностированы у 24 (35,3%) больных. Размеры очагов в печени варьировали от 10 мм до 200 мм в диаметре. Объём содержимого АП - от нескольких миллилитров до полутора литров и более гнойного экссудата. Содержимым АП в 52 случаях являлся гной, в 16 случаях - инфицированная кровь.

Исследование больных проводилось аппаратом НТАСНІ ЕUB-7500. Кисты пунктировались пункционной иглой СНІВА 18G. Для дренирования применялся дренажный набор UROMED. Размер дренажных трубок подбирались индивидуально, размеры варьировали от 10 до 16 FR.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде иногда сохранялись явления лихорадки. При контрольном УЗИ органов брюшной полости выявлено значительное уменьшение жидкостного образования. В течение суток температура тела нормализовалась, показатели в общем

и биохимическом анализе крови вернулись к норме. На фоне проводимой антибактериальной терапии, промывания дренажей антисептическим раствором происходило излечение пациентов. На 6-10 сутки после поступления они были выписаны под наблюдения по месту жительства.

При анализе всех случаев с АП, пролеченных за исследуемый период, летальный исход наблюдался в 3 (4,4) случаях. 2 умерших были пациенты женского пола, 1 - мужского; возраст умерших составил от 45 до 70 лет. По этиологии абсцессы имели различный генез. В 80% причиной летального исхода были холангиогенные абсцессы. Летальный исход наступал на фоне длительного скрытого течения заболевания и запоздалой постановки диагноза, абдоминального сепсиса из-за позднего обращения пациентов, острой сердечно-сосудистой недостаточности (инфаркт миокарда).

Заключение. При хирургическом лечении АП самым оптимальным и экономичным является метод пункции и дренирования под УЗ-наведением с последующим сочетанием системной антибактериальной терапии и промывания дренированной полости антисептическим раствором, а также обязательным аспектом должно быть дренирование АП в течение 10-15 дней.

Каримов Ш.З., Гиёсиев И.К., Одил Саидолим, Гулмуродов У.Т.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ
Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшить качество жизни больных с синдромом Wolff-Parkinson-White (WPW) после радиочастотной абляции (РЧА) и избавить больных от пожизненного приёма антиаритмических препаратов.

Материал и методы исследования. Наш опыт основан на анализе результатов обследования 53 больных с WPW синдромом с проведением РЧА с 2017 по 2023 гг. в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии (РНЦССХ). Среди обследованных 29 (54,7%) составили больные с манифестирующей формой, 22 (41,5%) - со скрытой формой WPW синдрома и 2

(3,8%) - с интермиттирующей формой WPW синдрома.

Анатомическое расположение дополнительных предсердно-желудочковых соединений (ДПЖС) (по классификации F. Cosio) по передней стенке левого желудочка наблюдалось у 16 (30,1%) больных, по переднебоковой стенке - у 15 (28,3%) больных, по задне-нижней стенке межжелудочковой перегородки - у 10 (18,8%) больных, правостороннее расположение ДПЖС - у 9 (16,9%) больных и парагисальное расположение соединений - у 3 (5,6%) больных. Ортодромное проведение атриовентрикулярной реципрокной тахи-

кардии по механизму re-entry отмечалось у 51 пациента, антидромная тахикардия - у двух. Возраст больных варьировал от 9 до 75 лет (средний возраст $29,2 \pm 13,4$ лет). Среди обследованных больных женского пола было 29 (54,7%), мужского пола - 24 (45,3%). Наблюдались 5 пациентов детского возраста.

ДПЖС выявлены путём внутрисердечного электрофизиологического исследования (ЭФИ) аппаратом CardioLab BARD-USA и Multishanel-Korea. РЧА была выполнена генераторами Stöckert и Atakr USA.

У детей и у взрослых при правосторонних ДПЖС РЧА производилась абляционным катетером Maring MCXL с параметрами $P = 43,4 \pm 8,3$ Вт; $T = 45,7 \pm 5,4^\circ\text{C}$; $I = 139,1 \pm 31,3$ Ohm и длительностью до 90 ± 34 сек. При левосторонних ДПЖС РЧА производилась орошаемым катетером Biosense Webster, мощность электрического тока которого повышалась до $P = 65$ Вт и температура до $T = 55^\circ\text{C}$, в зависимости от толщины миокарда левого желудочка. При определении труднодоступных ДПЖС (под митральным клапаном и дальше расположение ДПЖС) с целью создания оптимального доступа и достижения хорошего результата РЧА производилась пункция межпредсердной перегородки. Данная манипуляция проводилась 2 больным.

Результаты и их обсуждение. Из 53 больных, перенесших РЧА ДПЖС при

WPW синдроме, у 3 отмечался рецидив заболевания. У двух больных причиной рецидива была парагисальная форма ДПЖС, при которой из-за риска возникновения атриовентрикулярной блокады парагисальная зона не была достаточно обработана. У третьего больного причиной рецидива было глубокое расположение задне-нижнего септального ДПЖС. У пациента с широким пучком и задне-нижним септальным пучком ДПЖС повторно проведена РЧА с орошаемым катетером Biosense Webster до прекращения проведения импульсов по ДПЖС. При парагисальной форме ДПЖС РЧА проводилась длительно с низкими параметрами $P = 40$ Вт и $T = 40^\circ\text{C}$. После проведения РЧА у данных больных приступов тахикардии не отмечалось. Значимых периоперационных осложнений не наблюдалось. Больные были выписаны из стационара на вторые сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Заключение. РЧА у больных с WPW синдромом является радикальным методом хирургического лечения. Частота рецидивов после операции не превышает 5% и избавляет больных от пожизненного приёма антиаритмических препаратов. РЧА ДПЖС также уменьшает риск возникновения тяжелых аритмий и внезапной смерти.

Курбоналиев Дж.Ш., Шоев С.Н., Хабибов Ф.Д., Куганов Б.С.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ ПРИ РАЗРЫВЕ СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ

Кафедра нейрохирургии и вертебралогии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с гипертензивными внутримозговыми гематомами (ГВМГ).

Материал и методы исследования. В нейрохирургическое отделение ГУ «Комплекс здоровья “Истиклол”» за период 2021 – по 05.2023 года было госпитализировано 114 пациентов с разрывом средней мозговой артерии: мужчин было 82 (71,9%), женщин - 32 (28,1%). Возраст больных варьировал от 30 до 75 лет, средний возраст ± 45 .

Всем больным проведено КТ-исследование головного мозга.

Из всех поступивших было оперировано 15 (18,1%) больных: энцефалотомия и открытое удаление гематомы через сильвиевую щель и островок выполнено 10 (66,7%); при наличии гематомы с прорывом в боковые желудочки головного мозга проведена пункционная аспирация бокового желудочка – 5 (33,3%).

Учитывая снижение уровня сознания до комы 2, по ШКГ 6-8 баллов, тяжелый соматический статус, смещение срединных структур головного мозга больше 1,5 см, возраст больных больше 65 лет и объём гематомы меньше 15 мл, такие пациенты не были оперированы.

Результаты и их обсуждение. Из 114 больных с разрывом средней мозговой артерии в 109 (95,6%) случаях имелся разрыв средней мозговой артерии без прорыва в боковые желудочки головного мозга. Разрыв средней мозговой артерии с прорывом в боковые желудочки был у 5 (4,4%) больных.

Заключение. Выбор тактики хирургического лечения при разрыве средней мозговой

артерии зависит от возраста больного, уровня сознания, соматического статуса больного, наличия внутримозговой гематомы и дислокационного синдрома.

Удаление внутримозговых гематом при разрыве средней мозговой артерии через сильвиеву ю щель и островок бокового желудочка является анатомическим доступным, малоинвазивным и результативным методом лечения.

¹Курбонова Р.К., ²Ашуров Г.Г.

К ВОПРОСУ О ДИАМЕТРАЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ УРОВНЯ МИНЕРАЛИЗАЦИОННОГО ГОМЕОСТАЗА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕНСИВНОСТИ ОКРАШИВАНИЯ ЭМАЛЕВОЙ ПОВЕРХНОСТИ

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Провести клиническую оценку гомеостатической способности смешанной слюны в зависимости от возраста и интенсивности кариесологического поражения.

Материал и методы исследования. Для решения задач обследовали 87 зубов у добровольцев из числа стоматологических пациентов в возрасте от 20 до 50 лет. С целью клинической оценки гомеостатической способности смешанной слюны использовали тест «клиническая оценка скорости реминерализации эмали». Гомеостатическую способность ротовой жидкости с использованием клинического способа оценки реминерализации эмали к действию хеляционного раствора оценивали по интенсивности окрашивания ее протравленного участка. О степени окрашивания эмали судили по оттеночной модифицированной шкале, в которой наименее окрашенная цветовая полоска и наиболее высокая гомеостатическая способность смешанной слюны принята за 10%, а наиболее насыщенная окраска и минимальная гомеостатическая способность – за 100%.

Статистические расчеты выполнены с использованием пакетов программ прикладной статистики (Statistica 6.0). При $p < 0,05$ нулевая гипотеза об отсутствии различий между показателями отвергалась и принималась альтернативная гипотеза.

Результаты и их обсуждение. В ходе выполнения работы среди обследованных лиц изучали гомеостатическую активность смешанной слюны в зависимости от уровня интенсивности кариеса зубов. Результаты исследования показали, что среди обследованных пациентов с низким уровнем интенсивности кариесологического показателя (КПУЗ=1-3) средний показатель интенсивности окрашивания эмали поверхности составил 21,9%, у пациентов со средним уровнем интенсивности исследуемого показателя (КПУЗ=4-7) этот показатель составил 31,0%, а у пациентов с высоким уровнем интенсивности кариесологического показателя (КПУЗ=8>) он составил в среднем 47,1%.

Проведенные расчеты показали, что у пациентов с низким уровнем интенсивности кариеса зубов значение минерализационного гомеостаза смешанной слюны по показателям интенсивности окрашивания эмали поверхности оказалось на 41,6% выше, чем у пациентов со средним уровнем интенсивности кариесологического показателя. Кроме того, такой показатель интенсивности окрашивания эмали поверхности, как клинический индикатор гомеостатической активности смешанной слюны, у пациентов с высоким уровнем интенсивности кариесологического показателя повысился на 51,9%, по отношению к группе пациентов со средним уровнем интенсивности кариеса зубов.

Заключение. Установлено наличие связи с высокой статистической достоверностью между показателями интенсивности кариесологического поражения и гомеостатической активности смешанной слюны. Полученные данные показали, что существует обратная зависимость уровня минерализационного гомеостаза смешанной слюны

от интенсивности окрашивания эмалевой поверхности. Такая связь еще раз доказывает практическую ценность предложенного теста по определению гомеостатической активности смешанной слюны для оценки уровня кариесподверженности и кариесустойчивости зубов у пациентов со стоматологической патологией.

¹Курбонова Р.К., ²Гурезов М.Р.

АССОЦИИРОВАННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КАРИЕСОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГОМЕОСТАТИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Проанализировать взаимообусловленные изменения исходных значений клинических параметров кариесологического статуса в зависимости от гомеостатической активности смешанной слюны.

Материал и методы исследования. Комплексно обследовали 206 пациентов с основными стоматологическими заболеваниями в возрасте от 20 до 60 лет и старше (105 женщины и 101 мужчина). В ходе реализации работы оценивали клинические параметры гомеостаза полости рта с использованием индекса клинической оценки скорости реминерализации эмали (КОСРЭ-тест).

Результаты и их обсуждение. На основании комплексного изучения стоматологического статуса и гомеостатической активности смешанной слюны пациенты были разделены на 4 группы: 1-я группа – пациенты с очень низким уровнем гомеостатической активности смешанной слюны и наиболее высоким риском развития основных стоматологических заболеваний при средней интенсивности окрашивания эмалевой поверхности $9,50 \pm 1,01$ баллов ($n = 22$); 2-я группа – пациенты с низким уровнем гомеостатической активности смешанной слюны и очень высоким риском развития основных стоматологических заболеваний при средней интенсивности окрашивания эмалевой поверхности $6,42 \pm 0,73$ баллов ($n = 52$); 3-я группа – пациенты со средним уровнем гомеостатической активности смешанной слюны и умеренным риском развития основных стоматологических заболеваний

при средней интенсивности окрашивания эмалевой поверхности $4,49 \pm 0,47$ баллов ($n = 57$). В 4-ю группу вошли пациенты с высоким уровнем гомеостатической активности смешанной слюны и наименьшим риском развития кариеса зубов и заболеваний пародонта при средней интенсивности окрашивания эмалевой поверхности $2,38 \pm 0,28$ баллов ($n = 75$). Группы были сопоставимы по возрасту, полу, социальному статусу, наличию тяжести поражения зубов и тканей пародонта.

У пациентов с очень низким уровнем гомеостатической активности смешанной слюны различие уровня интенсивности кариеса зубов, определяемое между 2, 3, 4 и 5 возрастными группами, достоверно, составляя соответственно $6,98 \pm 0,15$ и $2,81 \pm 0,10$. Тенденция недостоверного роста интенсивности кариеса ($0,86 \pm 0,08$) сохраняется лишь между 1 и 2 возрастными группами. Наряду с этим прослеживается и другая закономерность: суммарное значение компонентов интенсивности кариеса в 1-й и 2-й возрастных группах пациентов с очень низким уровнем гомеостатической активности смешанной слюны (соответственно $8,53 \pm 0,25$ и $9,39 \pm 0,17$) статистически не различалось ($p > 0,05$). В 3-й, 4-й и 5-й группах обследованных лиц суммарное значение компонентов интенсивности кариеса зубов было равно $16,37 \pm 0,32$, $18,47 \pm 0,44$ и $21,28 \pm 0,54$, что значительно больше аналогичных показателей среди обследованных пациентов с низким уровнем минерализационного потенциала

смешанной слюны (см. сл. подраздел) (соответственно $5,72 \pm 0,41$, $6,30 \pm 0,28$, $6,56 \pm 0,30$, $9,72 \pm 0,24$ и $6,61 \pm 0,35$).

В ходе проведенного исследования выявлено, что исходные показатели интенсивности кариеса зубов среди пациентов с очень низким уровнем гомеостатической активности смешанной слюны выше, по сравнению с группой лиц с низким, средним и высоким уровнями гомеостаза полости рта. Так, если значение компонентов интенсивности кариеса зубов в группе пациентов с высоким уровнем гомеостатической активности смешанной слюны в среднем составило $8,53 \pm 0,25$ единицы на одного обследованного, то в группе пациентов со средним уровнем гомео-

статического показателя оно соответствовало $9,39 \pm 0,17$ и $16,37 \pm 0,32$ при усреднённом значении $18,47 \pm 0,44$ и $21,28 \pm 0,54$ соответственно в группах пациентов с очень низким уровнем гомеостатического потенциала ротовой жидкости.

Заключение. Исходные данные суммарного значения компонентов интенсивности кариеса зубов среди обследованных лиц с очень низким уровнем гомеостатической активности смешанной слюны показали достоверно высокую интенсивность поражения кариесом, по сравнению с обследованными пациентами с высоким уровнем минерализационного потенциала ротовой жидкости.

Кутбудинов З.Дж., Юсупова З.Х., Бабаева З.Б., Гайратов П.С.

ПОРАЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ COVID-19

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить состояние слизистой полости рта после перенесенного COVID-19.

Материал и методы исследования. Проведен краткий обзор иностранной литературы по данной тематике.

Результаты и их обсуждение. Коронавирус может вызвать ряд воспалительных процессов в ротовой полости пациентов, в частности язв и бляшек, а также трещин на языке у пациентов, госпитализированных с COVID-19. Более того, сами по себе стоматологические проблемы могут служить фактором риска заражения, так как ослабляет защитную функцию организма. Несмотря на то, что специфических именно для COVID-19 стоматологических симптомов пока не обнаружено, зачастую у инфицированных развиваются состояния, вызванные общим влиянием инфекции на организм. К примеру, многие пациенты жалуются на сухость во рту. Испанские ученые пришли к выводу, что энантема в ротовой полости (сильная сыпь на слизистой оболочке) может являться одним из ранних симптомов короновиральной инфекции. Результаты своих исследований они опубликовали в журнале JAMA Dermatology.

Медики убеждены, что в связи с обнаружением новых данных стоматологический осмотр желательнее включить в список не-

обходимых исследований при COVID-19, об этом они описали в научном журнале International Journal of Infection Diseases, что среди оральных признаков наблюдаются такие как: желтые язвы, схожие с герпетическими, грубые трещины и специфическая белая бляшка на спинке языка, увеличение грибовидных и гиперемия нитевидных сосочков в особенности на кончике языка, жжение языка, гипосаливация, еще частое явление как дисгевзия (расстройство вкуса), петехии (точечные кровоизлияния в виде красных бугорков), кандидоз, травматические язвы и другие разнообразные поражения языка и слизистых.

Британские ученые в своих исследованиях отобрали 21 пациента с COVID-19 в возрасте от 40 до 69 лет. У 29% из них (шесть человек) обнаружили высыпания в полости рта. При этом авторы статьи отмечают, что энантема появлялась за два дня до других симптомов короновиральной инфекции. Медики не утверждают однозначно, что сыпь появилась именно из-за COVID-19, так как энантема хоть и предполагает вирусную этиологию, но может быть вызвана и другими возбудителями. Кроме того, исследования осложняются еще и требованиями санитарной безопасности, которые необходимо соблюдать при осмотре пациентов.

Ученые еще не до конца изучили последствия коронавируса для человека, поэтому пока не могут сказать однозначно, являются ли эти симптомы показателем данного вируса или же это последствие приёма лекарств, устраняющих другие патологические проявления, либо за счет ослабления иммунитета организма, считают Британские врачи. В свою очередь Ирина Макеева сообщила изданию «Известия» «Это просто проявления коронавируса на оболочке рта». «Если уже заболел коронавирусом, человек никак себя защитить от оральных симптомов не сможет. Каждый организм индивидуален, и как болезнь будет проявлять себя в том или ином случае, предугадать невозможно. Можно посоветовать лишь

повысить иммунитет за счет продуктов или специальных препаратов, которые подберет лечащий врач» - заключила в разговоре с «Газетой.Ru» Татьяна Шульгина.

Заключение. Таким образом, причина, по которой коронавирусе может повреждать слизистую рта и языка, заключается не только в общем падении иммунитета и лекарственной терапии, но и в том, что большинство тканей в полости рта содержат клетки-мишени для COVID-19. Однако пока провести четкую параллель между проявлениями стоматологических заболеваний и тяжестью коронавирусной инфекции невозможно, так как доступно слишком мало статистических данных и клинических наблюдений.

Мадалиев У.Х., Назарова К.Р., Юсупова З.Х., Исмоилов Д.К.

НУЖДАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ В ЗУБНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Провести ситуационный анализ нуждаемости детей в протезировании.

Материал и методы исследования. В ходе исследования проведён анализ литературных данных и амбулаторных карт пациентов, анкетирование врачей-стоматологов по вопросам детского протезирования и сравнительный анализ клинического применения штампованных и стандартных коронок с облицовкой у детей в сменном прикусе. Нами был проведён анализ медицинской документации детей стоматологической поликлиники г. Душанбе.

Результаты и их обсуждение. В настоящее время увеличилось число детей дошкольного возраста, имеющих разрушенные анатомические формы зубов. Нуждаемость в зубном протезировании детей колеблется от 14,7% до 56%. Разорвать это патологическое кольцо у детей можно путём восстановления анатомической формы коронок разрушенных зубов и замещения дефектов профилактическими несъемными протезами, которые дадут возможность правильного развития зубочелюстной системы, сохранят промежуток для прорезывания постоянных зубов, восстановят нормальную функцию

жевания и речь. В настоящее время для восстановления анатомической формы коронок разрушенных зубов и протезирования дефектов зубных рядов у детей можно применять различные конструкции.

Для оценки результатов врачи разделили на группы: 1) стоматологи, работающие на детском и взрослом приеме (28 и 16); 2) врачи возрастных категорий моложе и старше 40 лет (21 и 23 человека). В ходе исследования были получены следующие результаты. Нуждаемость в ортопедическом лечении детей с дефектами зубов средняя или высокая, по мнению детских стоматологов (соответственно 53 и 40%) и врачей моложе 40 лет (74 и 26%), что является адекватной оценкой имеющейся ситуации. Нуждаемость низкая, по мнению стоматологов, работающих на взрослом приеме (50%) и врачей старше 40 лет (52%). Данную оценку можно считать необъективной ввиду того, что врачи, работающие на взрослом приеме, не наблюдают детей и, соответственно, не видят имеющуюся проблему; врачи старше 40 лет – это, в основном, зубные врачи, привыкшие к отработанным методикам. Проводить санитарное просвещение населения и повышать объем ортопедической помощи сочли эффективнее

всего детские стоматологи (соответственно 43% и 37%), врачи старше 40 лет (53% и 24%). Стандартные коронки эстетичны благодаря наличию облицовки из композита, что является их несомненным преимуществом перед штампованной коронкой. Также отрицательным свойством штампованной коронки является ее высокая теплопроводность, вследствие чего зуб может обладать повышенной чувствительностью и болезненно реагировать на изменения температуры, особенно в пришеечной области. Себестоимость штампованной коронки ниже, чем стандартной коронки с облицовкой из композита.

Заключение. Таким образом, мы выяснили, что существует немало конструкций для восстановления целостности анатомической формы зубов у детей и их применение клинически оправдано. Однако уровень оказания ортопедической помощи значительно отстаёт от реальных потребностей детского населения. Основные проблемы кроются в недостатке знаний и опыта у врачей-стоматологов, низком уровне материально-технической базы для оказания данного вида стоматологической помощи и недостаточной санитарно-просветительной работе с населением.

Мардонова С.М., Давлатзода Г.К., Юлдашева А.К., Киемиддинзода М.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИСТАЛЬНОГО ВРЕМЕННОГО ГЕМОСТАЗА (ТУРНИКЕТЫ) ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ВРАСТАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

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

Цель исследования. Оценить эффективность использования дистального временного гемостаза (турникеты) для снижения интраоперационной кровопотери при родоразрешении беременных с вращением плаценты.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были беременные с установленным диагнозом вращение плаценты.

Проведен проспективный анализ оперативного вмешательства с использованием дистального временного гемостаза в 13 случаях беременности с вращением плаценты за 2 года: 2019 г. - 8 сл., 2020 г. - 5 сл., на базе ГУ ТНИИАГиП. Для сравнения проведен ретроспективный анализ истории родов 8 случаев с вращением плаценты за 2017-2018 гг., когда после КС не применяли методов временной остановки кровотечения.

Результаты и их обсуждение. У всех пациенток было более 2-х рубцов на матке. У 9 пациенток отмечалось вращение плаценты в истонченный нижний сегмент матки до внутреннего зева, у 2 вращение плаценты доходило до наружного зева шейки матки и у 2-х - в заднюю стенку мочевого пузыря. Операция заключалась в 3 этапах: 1 этап: донное КС с сохранением плаценты в матке и зашивание раны на матке; 2 этап – отсепара-

ровка мочевого пузыря от передней стенки матки до шейки матки; 3 этап – дистальный гемостаз: турникеты накладывались на маточную часть широкой связки с обеих сторон и на шейку матки. На фоне дистального временного гемостаза турникетами произведена экстирпация матки без придатков. В 3 (23%) случаях при отсепаровке мочевого пузыря произошло ранение мочевого пузыря. Всем пациенткам было проведена общая эндотрахеальная анестезия. Минимальная кровопотеря составила 1200,0 мл, максимальная – 2500,0 мл. Гемотрансфузия проведена в 7 случаях (53%) и была ограничена одной терапевтической дозой (500 мл эритроцитарной массы). Продолжительность операции в среднем 1 ч 15 мин (min 1ч 00 мин – max - 1ч 50 мин). Средняя продолжительность койко/дней составила 6. Случаев материнской смертности и инвалидности от кровотечения не зарегистрировано. Также не было септических осложнений.

С целью сравнения были изучены ранее проведенные операции с вращением плаценты за 2017-2018 гг. (8 случаев), при которых произведено донное КС без удаления плаценты, экстирпации матки и без применения временного гемостаза. В 3-х (37,5%) случаях отмечено ранение мочевого пузыря.

При этих операциях кровопотеря составила 3500,0 мл – 4500,0 мл, продолжительность операции 2 ч 25 мин (2 ч 40 мин – 3 ч 40 мин). В 6 случаях были вызваны сосудистые хирурги для перевязки внутренних подвздошных артерий, дополнительного гемостаза культи и бригада трансфузиологов - для коррекции ДВС. Всем пациентам проведена гемоплазмотрансфузия в количестве 1000,0 мл – 3500,0 мл. Средняя продолжительность койко/дней – 9. Было 2 случая септических осложнений, перикюльтит и инфильтрат передней брюш-

ной стенки, один случай влагалищно-пузырного свища.

Заключение. Методика дистального временного гемостаза способствует снижению объема кровопотери в 2 раза, времени операции на 1 час 10 мин, объема гемоплазмотрансфузии в 4-5 раз, сокращению койко/дней в стационаре на 3-4 дня, отпадает необходимость в присутствии сосудистых хирургов и бригады трансфузиологов. Этот метод является простым в выполнении, эффективным, доступным и экономически выгодным.

¹Махмудов Д.Т., ²Худоёров С.А.

К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЭСТЕТИЧЕСКОГО ИНДЕКСА У ДЕТЕЙ С ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Определение значимости стоматологического эстетического индекса для выявления нуждаемости детей и подростков в ортодонтическом лечении.

Материал и методы исследования. Обследовано 500 детей и подростков в возрасте с 6 до 18 лет (по 100 человек в каждой возрастной группе) с целью определения их нуждаемости в ортодонтическом лечении с использованием стоматологического эстетического индекса (Dental Aesthetic Index – индекс DAI). Значение индекса DAI рассчитывали с помощью регрессии. Регрессионное уравнение для расчета стандартного значения индекса DAI считается нижеследующим: (отсутствующие зубы × 6) + (скученность) + (промежутки) + (диастема × 3) + (самое большое переднее отклонение на верхней челюсти) + (самое большое переднее отклонение на нижней челюсти) + (переднее верхнечелюстное перекрытие × 2) + (переднее нижнечелюстное перекрытие × 4) + (вертикальная передняя щель × 4) + (переднезаднее соотношение моляров × 3) + 13.

Результаты и их обсуждение. Как следует из полученных данных, если значение стоматологического эстетического индекса менее 25, то нарушений прикуса нет или они минимальны. В таком случае среди обследованных детей и подростков ортодонтическое лечение не требуется или имеется небольшая потребность в нем. Значения индекса DAI, равные 26-30, интерпретируются как

явное нарушение прикуса, вследствие чего необходимо избирательное ортодонтическое лечение. При значении DAI, равном 31-35, имеется выраженное нарушение прикуса и необходимость в ортодонтическом лечении очень желательна. При значениях индекса DAI 36 и выше среди обследованных детей и подростков наблюдается очень тяжелое нарушение прикуса и в таком случае проведение ортодонтического лечения обязательно. В целом, зубочелюстные аномалии с использованием индекса DAI были выявлены у 70,9% от общего числа обследованных детей и подростков.

Наибольший процент зубочелюстных аномалий приходится на сужение зубных рядов (27,1%). При ситуационном анализе выяснилось, что дистальная окклюзия встречается в 19,7%, глубокая резцовая окклюзия – в 17,9% случаев. Мезиальная окклюзия и вертикальная дизокклюзия встречаются соответственно в 2,7% и 2,2% случаев при усредненном значении перекрестной окклюзии 1,3%. В ходе выполнения работы мы также изучали количество лиц с нарушениями прикуса с использованием стоматологического эстетического индекса. Согласно полученным данным, наибольший процент лиц с отсутствующими зубами наблюдается в возрастных группах 15 и 16-18 лет (3,5% и 4,5% соответственно). Количество обследованных детей и подростков с тремами составляет 10,6%, 15,0%, 11,8%, 13,8% и 6,4%

соответственно у 12-, 13-, 14-, 15- и 16-18-летних подростков.

Мезиальная окклюзия чаще всего встречается у 14- и 16-18-летних школьников при соответствующих значениях 2,6-5,2%, тогда как у 12- и 13-летних школьников она соответствовала 1,8% и 2,0%. Дистальная окклюзия также чаще встречается у 12-14-летних детей (24,7%, 14,0% и 15,8% соответственно), что можно отнести к саморегуляции в процессе роста и развития зубочелюстной системы. Процент лиц с вертикальной дизокклюзией во всех возрастных группах обследованных школьников варьируется от 1,2 в возрасте 12 лет до 4,0 у 13-летних. По итогам расчета стоматологического эстетического индекса получены данные, что в обязательном ортодонтическом лечении в среднем нуждаются 8,12±2,67% школьников, настоятельно рекомендовано оно 20,53±3,93%, показана ортодонтическая помощь 14,15±3,38%, не требуется помощь или может быть минимальной у 57,20±4,83% обследованных детей.

У 12-летних школьников в обязательной ортодонтической помощи нуждаются 10,6±3,42%, настоятельно рекомендована она у 26,74±4,92% из них, но не обязательно – у 14,27±3,89%, не требуется соответствующая помощь или может быть минимальной у 48,36±5,55% школьников. Во второй возрастной группе обследованных (13 лет) значение стоматологического эстетического индекса у 5,01±2,18% школьников составило свыше 36 баллов, что требует обязательного ортодонтического лечения. В указанной возрастной группе у 28,01±4,48% школьников со значе-

нием индекса DAI, равным 31-35 баллам, настоятельно рекомендовано ортодонтическое лечение, для 12,01±3,25% при DAI, равном 26-30 баллам, необходимо избирательное ортодонтическое лечение, а для 55,01±4,97% из них соответствующая помощь не требуется или помощь может быть минимальна.

В третьей группе (14 лет) уже 9,11±3,30% школьников нуждаются в обязательной ортодонтической помощи, у 21,84±4,74% такая помощь настоятельно рекомендована, у 11,63±3,68% показана ортодонтическая помощь, а для 57,42±5,67% названная помощь не требуется или минимальна. В четвертой группе (15 лет) значения вышеназванных показателей составили 9,57±2,49%, 11,76±2,72%, 17,18±3,19% и 61,49±4,11% соответственно со значениями DAI свыше 36 баллов, 31-35 баллов, 26-30 и менее 25 баллов. В пятой возрастной группе обследованных (16-18 лет) нуждаются в обязательной ортодонтической помощи 6,33±1,94% подростков, для 14,29±2,78% она очень необходима, для 15,67±2,90% - показана, а для 63,71±3,84% ортодонтическая помощь не требуется или минимальна.

Заключение. Полученная информация с использованием стоматологического эстетического индекса дает возможность более четко провести дифференциацию пациентов по степени выраженности аномалий зубочелюстной системы, что имеет большое значение в организации ортодонтической стоматологической помощи детям и подросткам, позволяя более рационально распределить на это материальные и кадровые ресурсы.

Мирзоев С.М., Муминова М.Д., Еникеев А.А., Гийсов А.Ш., Мирзоев Ф.С., Вохидов А.Р.

ПОМУТНЕНИЕ ИОЛ И ИХ ЗАМЕНА

Республиканский клинический центр «Офтальмология»
Кафедра глазных болезней ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Проанализировать случаи помутнения ИОЛ и варианты их эксплантации.

Материал и методы исследования. За последние 5 лет в РКЦ «Офтальмология» под наблюдением находилось 46 пациентов с помутнением ИОЛ различной степени интенсивности и локализации. 39 пациентам

из-за низкого зрения была произведена замена ИОЛ. Возраст наблюдаемых пациентов от 57 до 90 лет. У 38 больных помутнение ИОЛ наблюдалось на 1 глазу, у 1 пациента - на обоих глазах разной степени интенсивности. Из 38 у 16 больных на другом глазу раньше была выполнена артифакия.

Всем больным до операции было прове-

дено рутинное офтальмологическое обследование, заключающееся в визо-рефрактометрии, А-В сканирования, периметрии и рефрактометрии. Подбор искусственного хрусталика осуществлялся на аппарате ИОЛ- Мастер ZEISS (Германия). Визус до операции составил от 0,02 до 0,4. У 14 больных под местной анестезией выполнялся роговичный тоннельный разрез, ориентированный перпендикулярно к плоскости расположения соединения оптической и гаптической частей линзы. В переднюю камеру вводился мезатон и вискоэластик. С противоположной стороны, у лимба производился парацентез роговицы. Оптическая часть линзы разрезалась пополам, шпателем проверяли степень адгезии между капсульным мешком и гаптическими элементами. При невыраженной адгезии гаптику удаляли, при прочном сращении опорных элементов с капсульным мешком оптику от гаптики отсекали. Половинки оптической части удаляли поочередно пинцетом. У 38 удаленных линз 36 были гидрофильные, 3 линзы из неизвестного материала, имплантировались не в РКЦО. Новую линзу имплантировали или в цилиарную борозду, или в капсульный мешок таким образом, чтобы ее опорные элементы были ориентированный под углом 90° остаткам гаптики удаленной линзы. Вискоэластик аспирировался. В переднюю камеру вводился физиологический раствор. В 2-х случаях с псевдоэкзофалиативным синдромом из-за слабости цинновых связок вместе с опорными элементами удалили и капсулу с последующей имплантацией переднокамерной ИОЛ. В остальных 22 случаях имплантировалась заднекамерная асферическая акриловая линза из полигидроксиэтилена с диаметром оптической части 6,0 мм с гаптической-12,5 мм в цилиарную борозду, в 11 случаях - в капсульный мешок и в 3 случаях - только один опорный элемент в капсульный мешок.

Результаты и их обсуждение. У некоторых пациентов наблюдается помутнение ИОЛ, имплантированных через 3-12 лет после факоэмульсификации, что приводит к значительному снижению зрения.

По данным L.Werner, такая ситуация относится к категориям редких -0,05-0,07%. Помутнения встречаются чаще у гидрофильных линз различных моделей и фирм производителей, как бюджетных, так и у линз премиум-класса. Локализация и интенсивность помутнений различные, но все авторы сходятся на том, что причины помутнений носят мультифакторный характер. Операция по замене ИОЛ связана с высоким риском из-за прочной адгезии капсульного мешка к линзе и возможного повреждения цинновых связок.

Операция и послеоперационный период у большинства больных протекали без осложнений. Только у 3 больных наблюдался умеренный десцеметит, возможно связанный с низкой плотностью эндотелиальных клеток. Острота зрения колебалась от 0,1 до 0,9. Низкая острота зрения у 11 больных была связана с диабетическими изменениями на глазном дне. Стабильность положения ИОЛ сохранялась на всем протяжении наблюдения. По сравнению с ранее проводимыми операциями, новая методика удаления помутневших ИОЛ более щадящая. Она создает условия для имплантации линзы в капсульный мешок, не прибегая к удалению линзы с капсулой и последующей имплантацией переднекамерной линзы.

Заключение. Помутнение искусственных хрусталиков различны как по их локализации, так и по срокам появления. Наибольшее число помутнений ИОЛ наблюдалось у гидрофильных линз. Новая методика эксплантации линз с выраженной адгезией капсульного мешка уменьшает количество осложнений и упрощает эксплантацию линзы.

Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Гафаров Х.О., Ходжаев М.У.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТКАНЕВОГО И ПОРИСТО-ПРОНИЦАЕМОГО МЕЛКОГРАНУЛИРОВАННОГО НИКЕЛИДА ТИТАНА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Экспериментальное изучение остеопластических свойств тканевого и гранулированного пористо-проницаемого никелида титана (NiTi) с последующим его применением в клинической практике.

Материал и методы исследования. При выполнении настоящего исследования для заполнения костных полостей использовали тканевую и гранулированную пористо-проницаемый никелид титана. Исследование проведено на 20 кроликах породы «Шиншилла» обоего пола в возрасте 1-1,5 лет, массой тела 2500-4000 г. У животных на одном из участков нижней челюсти создавали искусственный дефект, где устанавливали пористо-проницаемый никелид титана, обёрнутый текстильным сетчатым его вариантом. Животных выводили из эксперимента через 30, 90, 180 и 360 суток исследования путём внутрибрюшинного введения летальной дозы 1%-го раствора тиопентала натрия.

Материал для гистологического исследования фиксировали в 10% забуференном (рН 7,4) формалине (БиоВитрум, Россия) в течение 12 часов, после чего промывали водой и подвергали декальцинации. Подготовленные срезы окрашивали гематоксилином-эозином. Микроскопическое исследование окрашенных препаратов и фотосъёмку осуществляли на световом микроскопе Axioscope 40 (Zeiss, Германия) с помощью цифровой камеры Canon G5 (Canon, Япония).

Результаты и их обсуждение. Результаты экспериментального исследования показали, что через 6 месяцев объём дефекта резко уменьшался за счёт костной регенерации. Оставшаяся часть дефекта заполнена плотной фиброзной соединительной тканью. Фиброзная соединительная ткань прилегает к компактизированной костной ткани, которая сформировалась раньше, по-видимому, напластованием новообразованных костных трабекул. На краях и в глубине бывшего дефекта в фиброзной ткани видны участки регенерации кости. В некоторых полях зре-

ния определяются активные остеобласты на поверхности трабекул. Наблюдается образование костномозговой полости, заполненной костным мозгом. В проекции дефекта и по периферии выявлялись синусоидные капилляры и артерии с тонкой мышечной стенкой.

В области дефекта сформирована губчатая костная ткань зрелого вида с сохраняющимися небольшими участками пролиферации остеогенных клеток.

Кроме того, имплантируемый материал полностью резорбирован. Большая часть дефекта заполнена относительно зрелой костной тканью, а поверхностная часть дефекта - плотной фиброзной соединительной тканью, в которой также видны участки фиброзного хряща.

Наблюдалась полная регенерация костной ткани, дефекты были заполнены костными трабекулами, по расположению схожими с рисунком здоровой кости. Сосуды дифференцированы с классическим строением. В бывшем дефекте еще оставались небольшие единичные фрагменты имплантата, происходит окружение, прорастание имплантата новообразованной костной тканью, что свидетельствует об усиленной реакции остеогенеза. Кроме того, в тканях вокруг дефекта не обнаруживались дистрофические и некротические изменения, что может свидетельствовать об отсутствии токсических свойств материала.

Заключение. Таким образом, проведенные нами экспериментальное и морфологическое исследования показали, что замещение искусственно созданных костных дефектов челюстей у животных материалами из сверхэластичного и пористо-проницаемого никелида титана оказывает различное по выраженности действие на динамику репаративного остеогенеза и заживления костной раны. В результате обеспечивается стимуляция процесса остеогенеза, регенерация костной ткани за счёт использования биосовместимого материала.

Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Ходжаев М.У., Рахмонов У.Р.

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ПРИ МЫШЕЧНО-СУСТАВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение функционального состояния собственно жевательной и височной мышц у пациентов с мышечно-суставной дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава, связанной с окклюзионными нарушениями.

Материал и методы исследования. Всего было обследовано 85 пациентов в возрасте 20—35 лет. Основную группу составили 70 пациентов, которым был поставлен диагноз «мышечно-суставная дисфункция ВНЧС» (МСД ВНЧС). Пациентов отбирали по обращаемости и по целенаправленной выборке на базе кафедры челюстно-лицевой хирургии в Городской стоматологической поликлинике г. Душанбе. В группе сравнения было 15 обследуемых такого же возраста без признаков МСД ВНЧС, без окклюзионных нарушений и соматической патологии.

Изучали функциональное состояние мышц челюстно-лицевой области у пациентов основной группы и группы сравнения методом поверхностной электромиографии на нейромышечном анализаторе «Синопис» (Россия). Основой оценки МСД ВНЧС являлся пакет программного обеспечения. ЭМГ-активность собственно жевательных и височных мышц регистрировали одновременно с обеих сторон.

Для отведения биопотенциалов использовали накожные биполярные круглые электроды, фиксированные в области точек наибольшего напряжения. Определяли амплитуду в мкВ ЭМГ в покое и при заданной нагрузке (произвольное жевание 0,8 гр. греческого ореха).

Результаты и их обсуждение. Все пациенты из основной группы с МСД ВНЧС жаловались на «щелканье», «хруст» в области ВНЧС при движении нижней челюсти. У всех пациентов были односторонние и двухсторонние окклюзионные суперконтакты, связанные с потерей зубов (26%), нарушением прикуса (58%), с некачественным протезированием (11%) и пломбированием коронковой части зуба (5%).

У пациентов группы сравнения наблюдается симметричная активность одноименных мышц, согласованная их функция, четкая смена фаз биоэлектрической активности (БЭА).

Фоновая активность контрольной группы в покое у жевательных мышц не превышает 24,0 мкВ, а у височных мышц - $32,3 \pm 2,1$ мкВ. Полученные данные были приняты нами за показатели нормы.

По данным электромиографического исследования собственно жевательных и височных мышц у пациентов основной группы выявили значительные изменения функционального состояния с группой сравнения.

При обследовании выявлено, что спонтанная активность собственно жевательной мышцы со стороны жалоб составила 312% от нормы, а БЭА при заданной нагрузке этой же стороны составила 184% от нормы. Спонтанная активность собственно жевательных мышц с противоположной стороны составила 298% от нормы, а БЭА при заданной нагрузке составила 186%.

Биоэлектрическая активность височной мышцы при физиологической нагрузке составила 223 мкВ – 162% от нормы, а с противоположной стороны – 280 мкВ (278% от нормы). Спонтанная активность височной мышцы со стороны жалоб составила 64,2 мкВ (199% от нормы), с противоположной стороны – 68,7 мкВ (211% от нормы).

Заключение. Таким образом, у всех пациентов с мышечно-суставной дисфункцией ВНЧС были изменения, отличающиеся от нормы. Спонтанная активность собственно жевательных мышц со стороны жалоб и с противоположной стороны в покое превосходит норму в 2-3 раза (25 -36 мкВ). Также биоэлектрическая активность жевательных мышц при заданной нагрузке выше предложенной нормы группы сравнения в 1,5-2 раза (280-369 мкВ). При составлении плана лечения необходимо учитывать изменения биоэлектрической активности.

¹Муллоджанов Г.Э., ¹Курбонова Р.К., ¹Тагаева Ш.О.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ КАРИЕСОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ТЯЖЕСТИ ПАРОДОНТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Провести комплексную оценку состояния кислотно-основного состояния полости рта в зависимости от уровня кариесологического статуса и тяжести пародонтальной патологии.

Материал и методы исследований. Материалом лабораторно-диагностических исследований служили результаты анализа нестимулированной ротовой жидкости у 96 пациентов с основными стоматологическими заболеваниями в возрасте от 20 до 60 лет и старше (45 женщины и 51 мужчина), обратившихся на кафедру терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино».

Пациенты разделены на четыре группы: в первую группу включены 28 пациентов с наличием компенсированного кариесологического статуса и легкой формой пародонтологической патологии; вторую группу составили 30 пациентов с наличием субкомпенсированного кариесологического статуса и средней формой пародонтологической патологии; 20 пациентов с наличием декомпенсированного кариесологического статуса и тяжелой формой пародонтологической патологией вошли в третью группу; в четвертую группу включено 18 пациентов с интактным состоянием кариесологического и пародонтологического статусов (контрольная группа).

Сбор слюны производился с 8 до 9 часов утра с использованием специальной системы для сбора слюны Salivette Sarstedt. Пациентов просили не проводить процедуры, стимулирующие слюноотделение: отказ от принятия пищи, использование жевательной резинки, рекомендовалось не чистить зубы, не полоскать рот. Предварительно была проведена профессиональная чистка зубов. Порядок сбора нестимулированной смешанной слюны: открывание крышки без извлечения пробирки с ватным тампоном; помещение тампона непосредственно в ротовую полость путем наклона трубочки до тех пор, пока тампон не упадет в рот; жевание (перемещение) тампона в ротовой полости в течение 2-3 минут, пока тампон не наполнится слюной; помещение тампона в

пробирку без прикосновения к нему руками; плотное закрытие пробирки. Затем пробирки центрифугировались в течение 2-3 минут при скорости 1000 об./мин. Полученный материал в течение одного часа транспортирован в отделение лабораторной диагностики ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино».

Результаты и их обсуждение. У пациентов первой группы (с наличием компенсированного кариесологического статуса и легкой формой пародонтологической патологии) скорость слюноотделения была значительно выше ($0,200 \pm 0,03$ мл/мин), чем у пациентов второй (с наличием субкомпенсированного кариесологического статуса и средней формой пародонтологической патологии) и третьей (с наличием декомпенсированного кариесологического статуса и тяжелой формой пародонтологической патологии) групп (соответственно $0,190 \pm 0,03$ мл/мин., $0,150 \pm 0,03$ мл/мин.).

Как следует из полученных данных, скорость нестимулированного слюноотделения у пациентов с наличием субкомпенсированного кариесологического статуса и средней формой пародонтологической патологии в среднем в 1,1 раза меньше, чем у пациентов с наличием компенсированного кариесологического статуса и легкой формой пародонтологической патологии. Значение данного показателя у пациентов с наличием декомпенсированного кариесологического статуса и тяжелой формой пародонтологической патологии оказалось в 1,3 раза меньше в сравнении с 1-й группой.

Заключение. Систематизация полученных данных свидетельствует о том, что у пациентов 1-й (с наличием компенсированного кариесологического статуса и легкой формой пародонтологической патологии), 2-й (с наличием субкомпенсированного кариесологического статуса и средней формой пародонтологической патологии) и 3-й (с наличием декомпенсированного кариесологического статуса и тяжелой формой пародонтологической патологии) групп микробная кислотопродукция в полости рта гораздо более выражена, чем у лиц с интактным состоянием зубов и пародонта.

¹Мурадов А.А., ²Мурадов А.М., ³Шумилина М.В.,
²Ризоев М.М., ²Хамрокулов А.А., ²Зарифов Ш.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ОРГАННОЙ ДИСФУНКЦИИ ОРГАНОВ И СИСТЕМ У РОДИЛЬНИЦ

¹ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе
²Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ
³ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы»

Цель исследования. Выявить факторы риска развития органной недостаточности и органной дисфункции органов и систем у родильниц на основании ретроспективного анализа историй болезней.

Материал и методы исследования. Изучили данные 80 историй болезней родильниц с органной недостаточностью, поступивших в ГУ ГНЦРиД из ГУ ТНИИАГиП, районные и городские родильные дома по основным причинам, приведшим к органным осложнениям, которые были разделены на 3 категории: до родов, во время родов и после родов.

Результаты и их обсуждение. Анализ показал, что ведущей причиной осложнений у исследуемых родильниц до родов является пре- и эклампсия, которая имела в 66,3% случаев. У 22,5% больных отмечалась преждевременная отслойка, у 18,8% - преждевременные роды. Дородовой ДВС-синдром наблюдался у 18,8%, у 13,8% родильниц - преждевременное излитие околоплодных вод. Первичная слабость и аномалии родовых сил наблюдалось в 10,0% случаев.

Во время родов чаще всего наблюдались острые массивные кровопотери - 68,8%, атоническое маточное кровотечение - 37,5%. Преэклампсия и эклампсия во время родов наблюдалось у 31,3%. Интранатальная гибель плода, наличие выраженной гипоксии плода и матери во время и после родов наблюдались в 11,3% случаев. Оперативные вмешательства и HELLP-синдром - в 2,5%.

Результаты исследования послеродовых причин, приведших к осложнениям у родильниц, показали, что ДВС-синдром превалировал в 23,8% случаев. В 8,8% случаев выявлена послеродовая преэклампсия и эклампсия. Рецидивирующие кровотечения были причиной в 10,0% случаев. Повторные оперативные вмешательства и послеродовая инфекция имелись в 7,5% и 8,0% случаев.

Анализ показал, что наиболее частыми причинами развития доминирующей ОПечН у родильниц были: гемодинамиче-

ские нарушения - в 44,0%; острые и персистирующие вирусные гепатиты - 32,0%, при этом анализ структуры показал, что наиболее часто встречаются HBeAg - 20,0%, HCV - 8,0%, HA - 4,0%; идиосинкразия (лекарственный гепатит или осложнения наркоза) - 12,0%, HELLP-синдром - 8,0%; острая жировая дистрофия - 4,0%.

Одним из факторов риска развития осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде является наличие коморбидной патологии на фоне низкого индекса здоровья. Проведенные исследования структуры сопутствующей патологии у родильниц с органными дисфункциями показали, что фактически более чем у 2/3 пациенток выявлены различные хронические заболевания. В анамнезе у большинства родильниц по клиническим, лабораторным и инструментальным исследованиям диагностировалась та или иная патология: на 1 месте экстрагенитальная - 87,5%, на 2 месте - исходная анемия до родов разной степени выраженности - 68,8%, что являлось фактором высокого риска нарушений системы гемостаза и развития ОМАК. На третьем месте по количеству выявленных заболеваний находится патология почек (пиелонефрит, гломерулонефрит, нефро- и пиелоектазии, гидронефроз, мочекаменная болезнь) - 65,0%. Достаточно часто у родильниц с органными дисфункциями выявлялись эндокринные заболевания - 22,5%, патология сердечно-сосудистой системы - 13,8%, заболевания ЖКТ - 15,0%, заболевания печени - 7,5%, дыхательной системы - 12,5%, иммунная патология - 7,5%.

Заключение. Выявление факторов риска, мониторинг прогнозируемых осложнений, своевременное применение профилактических мер являются важным звеном в снижении материнской и перинатальной смертности, так как именно профилактика осложнений, а не лечение имеет социальную и финансовую выгоду не только для семей родильниц, но и в целом для Республики.

Муродова Ш.М., Давлатова Ч.О.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра общей хирургии № 1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Выявить частоту распространенности недостаточности мышц тазового дна.

Материал и методы исследования. Изучено 84 случаев поступивших в отделение колопроктологии ГЦЗ № 2 г. Душанбе и Городского центра колопроктологии за 2022 -2023 годы с недостаточностью мышц тазового дна. Возраст больных колебался от 25 до 70 лет.

Все больные были изучены по клиническим проявлениям недостаточности мышц тазового дна, давности и этиологии заболевания.

Всем пациентам проведены методы клинического и инструментального обследований.

Результаты и их обсуждение. При клиническом исследовании больных большое внимание акцентировалась на характере и причинах развития недостаточности мышц тазового дна.

При проведении ректороманоскопии, колоноскопии были установлены те или иные функциональные нарушения толстого кишечника, прямой кишки. В 37 (44,%) случаях больным была произведена ректороманоскопия. Показанием к проведению этой процедуры служило наличие запора более 2-3 дней, неудовлетворенность после акта дефекации, двухмоментный акт дефекации и отсутствие удовлетворительных результатов от проведенного консервативного лечения запоров. При изучении результатов исследования у 84 (100%) больных было установлено наличие грыжевидного выпячивания прямой кишки через заднюю стенку влагалища.

Заключение. Таким образом, наши исследования показывают, что при наличии недостаточности мышц тазового дна нарушается анатомия и физиология смежных органов.

Муродова Ш.М., Давлатова Ч.О

СОЧЕТАНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ И ПРОКТОГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ
Кафедра общей хирургии № 1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить частоту распространенности уро- и проктогенитальной патологии при недостаточности мышц тазового дна.

Материал и методы исследования. Изучено 350 пациентов, поступивших в отделение колопроктологии ГЦЗ № 2 г. Душанбе и Городского центра колопроктологии за 2022 -2023 годы с недостаточностью мышц тазового дна, нарушением мочеиспускания и акта дефекации. Возраст больных колебался от 22 до 73 лет.

Все больные были изучены по клиническим проявлениям недостаточности мышц тазового дна, давности и этиологии заболевания. Всем больным были проведены методы клинического и инструментального обследований.

Результаты и их обсуждение. Наличие характера и причин развития недостаточности мышц тазового дна с превалированием жалоб по поводу недержания мочи, нарушением мочеиспускания, нарушением акта и характера дефекации являлись характерными для всех 100% больных.

При изучении данных инструментальных методов обследования (УЗИ и ректороманоскопия) были установлены те или иные функциональные нарушения мочевого пузыря и прямой кишки.

Заключение. Таким образом, наши исследования показывают, что при наличии недостаточности мышц тазового дна нарушается функция органов малого таза в виде урогенитальной и проктогенитальной патологии.

Мухиддинов Н.Д., Абдуллозода Ф.А., Курбонов Н.Г., Болтуев К.Х.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы с применением современных миниинвазивных эндовидеохирургических технологий.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 104 больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы в период с 2012 по 2023 гг. Пациенты прооперированы на базе кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ. Среди больных мужчин было 44 (42,3%), женщин - 60 (57,7%). Возраст пациентов варьировал от 26 до 75 лет. У всех больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы диагностированы явления рефлюкс-эзофагита различной степени-тяжести.

Для диагностики ГПОД и сопутствующих заболеваний проводили эндоскопическое, рентгеноконтрастное исследования желудочно-кишечного тракта и ультразвуковое исследование органов брюшной полости. По показаниям - компьютерную и магнитно-резонансную томографию.

Результаты и их обсуждение. Фиброгастродуоденоскопию, как основной метод диагностики, проводили всем пациентам с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. По данным ФГДС, у больных с ГПОД были получены прямые признаки - пролапс слизистой оболочки желудка и косвенные признаки - зияние кардии, сглаженность Z-линии пищевода и гастроэзофагеальный рефлюкс. У всех оперированных пациентов в ходе диагностики был выявлен эзофагит различной степени тяжести. Эзофагит легкой степени выявлен у 81 (77,8%) больных, средней степени - у 16 (15,4%) и тяжелой степени - у 7 (6,8%) пациентов. Все больные

прооперированы эндовидеохирургическим способом под эндотрахеальным наркозом. Среди оперированных больных скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы выявлена у 89 (85,5%), параэзофагеальная - у 15 (14,5%) пациентов. Кардиальная грыжа II степени имела у 78 (75%) больных, кардиофундальная III степени - у 18 (17,3%) и субтотальная желудочная грыжа IV степени с компрессией органов средостения выявлена у 8 (7,7%) пациентов.

Объем операции больным с ГПОД заключался в проведении лапароскопической задней крурорафии с фундопликацией по Ниссену - 80-ти (76,9%) больным и задней крурорафии с фундопликацией по Туппе - 24 (23,1%) пациентам. Послеоперационные осложнения отмечались у 3-х больных. У одного больного на первые сутки отмечали дисфагию, потребовалась релапароскопия с удалением первого шва фундопликационной манжетки. У другого пациента на 4-е сутки отмечали выделение из дренажной трубки желудочного содержимого, что свидетельствовало о наличии перфорации желудка, больной был взят на релапаротомию, во время которой обнаружили перфорацию кардиального отдела желудка в месте создания фундопликационной манжетки. У третьего пациента на 8 сутки выявили поддиафрагмальный абсцесс, выполнили релапароскопию с санацией и дренированием подпеченочного пространства. Летальных исходов не было.

Заключение. Современные миниинвазивные эндовидеохирургические технологии в диагностике и хирургическом лечении ГПОД являются высокоэффективным методом, оперативные вмешательства могут быть выполнены в полном объеме вне зависимости от размеров грыжи и её осложнений.

Мухиддинов Н.Д., Курбонов Н.Г., Болтуев К.Х., Мухиддинов Д.Н.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА КАЛЬЦИНИРОВАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить возможности комплексной диагностики больных с кальцинированным эхинококкозом печени.

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты комплекс-

ной диагностики и хирургического лечения 62 больных с кальцинированным эхинококкозом печени. Больные находились в отделение общей хирургии ГКБ №5 имени К.Т. Таджиева и хирургическом отделении ГУ ННМЦ «Ши-

фобахш» в период с 2010 по 2022 гг. Из общего числа пациентов лиц мужского пола было 47 (75,8%), женского - 15 (24,2%). Возраст больных варьировал от 22 до 74 лет.

В диагностике эхинококкоза мы применяли общеклинические и инструментальные методы исследования. Наиболее информативными методами диагностики эхинококкоза печени являются ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгенография грудной клетки, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). По данным УЗИ, для кист характерна толстая кальцинированная капсула в форме арки, за которой образуется коническая эхо-тень.

Результаты и их обсуждение. В различных наблюдениях нами были выявлены как одиночные, так и множественные эхинококковые кисты печени. Одиночная киста была выявлена у 48 (77,4%) пациентов, множественные кисты - у 14 (22,6%) пациентов. У 48 пациентов с одиночной кистой 41 (66,1%) из них локализовалась в правой доле и 7 (11,2%) - в левой доле. У 14 больных с множественными кистами все они локализовались в правой доле. Сочетанное поражение обеих долей печени эхинококковой кистой отмечалось у 5 (8,3%) больных. Из 5 больных с сочетанной локализацией кисты у 4-х обнаружили кальцинированный участок стенки кисты правой доли печени и лишь у одного - тотальное

поражение кальцинированной толстой стенкой эхинококковой кисты левой доли печени с краевым расположением. Размеры кист варьировал от 8,0 см до 22 см. Среди 62 пациентов с кальцинированной эхинококковой фиброзной капсулой частичное поражение отмечалось у 47, полное поражение с краевым расположением - у 13 человек.

Всем больным с кальцинированным эхинококкозом печени оперативный доступ определялся на основании данных ультразвукового метода исследования, КТ и МРТ. Лапароскопическую диагностику применяли 18 (29,1%) больным с локализацией кисты в правой доле печени VII-VIII-х сегментов с последующим переходом на открытый доступ через торакофрениколапаротомию для обеспечения адекватного хирургического вмешательства. Из 62 больных с кальцинированной эхинококковой кистой печени 40 (64,5%) пациентам оперативный доступ осуществляли из правой подреберной области и 8 (12,9%) больным - из верхнесрединной лапаротомии.

Заключение. Применение комплексного УЗИ, КТ и МРТ - исследований у больных с кальцинированным эхинококкозом печени оптимизирует диагностику и позволяет при использовании лапароскопии выбрать адекватный хирургический доступ, тем самым улучшает результаты хирургического лечения.

Мухиддинов Н.Д., Курбонов Н.Г., Болтуев К.Х., Мухиддинов Д.Н.

РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КАЛЬЦИНИРОВАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. . Улучшение результатов хирургического лечения больных с кальцинированным эхинококкозом печени.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах хирургического лечения 62 больных с кальцинированным эхинококкозом печени. Пациенты были госпитализированы в отделение общей хирургии ГКБ №5 имени К.Т. Таджиева и хирургическое отделение ГУННМЦ «Шифобахш» в период с 2010 по 2022 гг. Из общего числа пациентов лиц мужского пола было 46 (76,6%), женского - 14 (23,4%). Возраст больных варьировал от 22 до 74 лет.

В диагностике эхинококкоза применяли общеклинические и инструментальные методы исследования (УЗИ, КТ, МРТ).

Результаты и их обсуждение. Эхинококкоз печени является абсолютным показанием к проведению оперативного вмешательства. Всем 62 больным с кальцинированным эхинококком печени операции выполнены под эндотрахеальным наркозом после предоперационной подготовки, объем и длительность которой были индивидуальны в зависимости от тяжести состояния, осложнений и характера сопутствующих заболеваний. Всем больным с кальцинированным эхинококкозом печени оперативный доступ

определялся на основании ультразвукового метода исследования, КТ и МРТ.

Объем резецированной части печени вместе с эхинококковой кистой варьировал от сегмента до одной половины органа. Из 11 резекций печени большие по объему резекции печени были произведены 3 (4,8 %) 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 - 2. Малые (экономные) резекция печени произведены 9 (14,5%) больным, из них бисегментэктомия - 3, сегментэктомия - 6. Малые резекции

печени выполнялись атипичным способом, отступая от края кисты на 1,5 - 2,0 см.

Специфические послеоперационные осложнения наблюдали всего у 1 (1,6%) больного - после ЛГЭ сформировался наружный желчный свищ. Ввиду того, что процесс ограничился подпеченочным пространством и дренирование желчи было адекватным, последний самостоятельно закрылся на 12 сутки. Летальных исходов не было.

Заключение. Выполненная по показаниям резекция печени при кальцинированной фиброзной капсуле позволяет достоверно сокращать частоту специфических послеоперационных осложнений и улучшает результаты хирургического лечения.

*Мухиддинов Н.Д., Насриддинов Э.К., Элмуродов Э.Х.,
Мукимов Ш.Г., Латипов М.Ч.*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СОЧЕТАНИИ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить эффективность симультанной операции ТУР простаты (монополярная) и паховых грыж.

Материал и методы исследования. Для оценки эффективности ТУР простаты (монополярная) в сочетании с паховой грыжей были обследованы и оперированы 23 больных в период с 2017 по 2023 год. Возраст больных колебался от 75 до 98 лет - 68% и от 55 до 75 лет - 32%. Объем аденомы простаты варьировал от 50 см³ до 140 см³. Правосторонняя паховая грыжа имелась у 14 (65%) больных, левосторонняя паховая грыжа - у 9 (35%) больных.

Сопутствующие заболевания диагностированы в виде гипертонической болезни II-III степеней, сахарного диабета I-го и II-го типов, пахомошоночной грыжи, дисциркуляторной энцефалопатии, постинсультных и постинфарктных состояний и др.

Результаты и их обсуждение. В период с 2017 по 2023 годы проведены операции 23 больным. Симультанные операции (гиперплазия предстательной железы + паховая грыжа + камни мочевого пузыря) – 4 больным; (гиперплазия предстательной железы + паховая грыжа + камни мочеточника) – 3

больным. По результатам послеоперационного состояния: койко-день варьировал от 4-х до 7 дней; длительность операции - от 40 до 80 минут; интраоперационная кровопотеря составила 50 -150 мл.

Осложнения в виде кровотечения в послеоперационном периоде констатированы у 5% больных: в связи с перфорацией шейки мочевого пузыря катетером Фолея во время установки катетера после операции, 5 больным выполнена конверсия с ревизией мочевого пузыря с установкой катетера Фолея. У 2-х больных выполнена ТУР шейки мочевого пузыря в связи со склерозом шейки мочевого пузыря. 3-им пациентам в связи с объемом аденомы простаты выше 100 мм³ выполнена ре-ТУР простаты. Повторный ТУР простаты проводился в течение 10-20 дней после первого ТУР простаты.

Послеоперационный период у больных был удовлетворительным, больные в первый же день были активизированы, жалоб со стороны мочеиспускания практически не наблюдалось.

Заключение. ТУР предстательной железы при доброкачественной гиперплазии

в сочетании с паховыми грыжами является адекватным, эффективным, малоинвазивным способом операции с длительно сохраняю-

щимся эффектом, который может быть использован для лечения пациентов старших возрастных групп с высоким риском.

*Мухиддинов Н.Д., Рабиев Х.С., Азизов Ф.А.,
Абдуллозода Ф., 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. Располагаем опытом лечения 35 больных с холецистохоледохолитиазом, осложненным механической желтухой. Возраст больных варьировался от 35 до 65 лет, мужчин было 11 (31,4%), женщин - 24 (68,5%).

Все пациенты поступили и обследованы в экстренном порядке. Для уточнения и верификации диагностики холецистохоледохолитиаза, осложненного механической желтухой, до операции изучили анамнез заболевания, провели 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 отмечались у 31 больного.

Результаты и их обсуждение. При лечении больных с холецистохоледохолитиазом, осложненным механической желтухой, преимущества отдавали миниинвазивным технологиям. Холедох выделялся с помощью тупой и острой диссекции, применяется электрокоагуляция. Холедохолитотомия производится в супрадуоденальной части холедоха. Протяженность холедохотомического отверстия определяется размерами камней и должна незначительно превышать диаметр большого камня. Извлечение

камней и ревизию желчевыводящих путей производили специальными, входящими для этой цели в набор, инструментами, а также корзинкой Dormia и катетером Фогарти. Также широко применяли для санации промывание желчных протоков под давлением теплым раствором антисептиков.

После лапароскопической холецистэктомии с холедохолитотомией дренировали холедох Т-образным дренажом по Кегг и накладывали интракорпоральные швы на холедохотомическое отверстие. Конверсия доступа была у 3 больных: в 1 случае в связи с протяженной терминальной стриктурой общего желчного протока (более 20 мм) и в 1 случае в связи с синдромом Мириizzi - 2. Холецистэктомия была дополнена наложением холедоходуоденального анастомоза по Юрашу-Виноградову. Интраоперационно в двух случаях отмечалось кровотечение из культи пузырной артерии, где 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.

Назарода Х.Н., Мусоев Д.С., Назаров И.Х.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ И МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»
Хатлонская областная клиническая больница имени Б. Вохидова, г. Бохтар

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и лечения пострадавших с сочетанной и множественной травмами при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП).

Материал и методы исследования. На основании проведенного анализа результатов диагностики и лечения установлено, что в отделении травматологии и ортопедии областной клинической больницы им. Б. Вохидова города Бохтара за период 2012 - 2022 гг. находились 786 больных с сочетанной и множественной травмами конечностей. Из них мужчины – 595 (75,7%), женщины – 191 (24,3%), дети и подростки - 78 (10,0%). Большинство - 652 (83,0%) - пострадавших получили травму в результате ДТП.

Результаты и их обсуждение. Последние 12 лет при переломах длинных костей конечностей мы в основном применяем закрытый остеосинтез блокирующими стержнями фирм Chm – Польша и BLSA–Дехли.

При блокируемом остеосинтезе достигается стабильная фиксация костных отломков, поэтому не требуется дополнительной внешней фиксации, а больные рано начинают

разработку движения в суставах и ходят с умеренной нагрузкой. Нами в этот период при сочетанных и множественных травмах конечностей применён интрамедуллярный блокирующий остеосинтез в 521 случае (66,3%). Надо отметить, что, несмотря на отсутствие электрического оптического прибора (ЭОП), блокирующий остеосинтез закрытым путём применен в 372 (71,4%) случаев, а через маленький разрез 5-7 см - у 149 (28,6%) пострадавших.

Осложнения в виде несращения и ложного сустава отмечались всего в 6 случаях (1,5%), травматического остеомиелита – у 5 (0,9%) больных и инфицирование послеоперационной раны – у 8 (1,5%) пострадавших.

Заключение. Таким образом, при оказании неотложной помощи пациентам с сочетанной и множественной травмами конечностей необходимо широко применять во всех лечебных учреждениях области методику закрытого блокирующего остеосинтеза стержнями. Обеспечить все областные, центральные городские и районные больницы ЭОП, применение которых минимизирует травму и сократит время проведения операции.

Назаров И.Х., Назарода Х.Н., Назарода Ф.Н., Камолзода С.К.

НАШ ОПЫТ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

¹Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Медицинский центр «Хатлон», г. Бохтар, Таджикистан

Цель исследования. Улучшение диагностики и эффективности артроскопических операций при повреждениях и заболеваниях коленного сустава..

Материал и методы исследования. В медицинском центре г. Бохтара в период с 2008 по 2022 годы выполнено 486 артроскопических вмешательств на коленных суставах.

Прооперированы 181 женщина и 305 мужчин, средний возраст 36 лет (от 18 до 68 лет).

Все операции выполнены астроскопом и инструментами производства фирмы «Karl Storz» (4 мм, 30°) в жидкостной среде изотонического раствора хлористого натрия.

Результаты и их обсуждение. Артроскопия при патологии связочно-капсульного аппарата коленного сустава на сегодняшний день является не только самым точным и информативным методом ранней диагностики, но и наиболее эффективным способом лечения данной области. Коленный сустав издавна считается самым уязвимым суставом человеческого тела, его травмы занимают первое место и составляют 5,0% среди всех повреждений опорно-двигательного аппарата и 50% - среди повреждений всех суставов. Из мягкотканых структур коленного сустава в 45-50% страдает мениск. Частота развития деформирующего остеоартроза и остеохондропатии также довольно часто встречается в коленном суставе. С применением современных технологий в области травматологии и ортопедии достигнуты определенные успехи. Коленный сустав, пожалуй, единственный сустав, при артроскопических операциях на котором накоплен наибольший опыт. Это и обуславливает перспективность и популярность данного метода в снижении инвазивности, бескровности, достоверности в диагностике и уменьшении койко-дней.

Выполнено 408 артроскопических резекций менисков (внутренние составили 309, наружные - 74, оба вида - 15). В 17 случаях удалены свободные внутрисуставные хондромные и в 5-х случаях - инородные (кусочки стекла и заноза) тела. У 5 пациентов с внутрисуставными хондромными и инородными телами клиническая симптоматика симулировала внутрисуставные повреждения. В 13 случаях выявлено частичное повреждение передней крестообразной связки (ПКС), у 8 пациентов было изолированное повреждение, в 5 случаях с сопутствующим повреждением менисков, во всех случаях произведена резекция поврежденного участка. У 13 пациентов установлены спайки в верхнем завороте и произведено рассечение спаек. Надо отметить, что в 7 случаях спайки отмечались как изолированная патология коленного сустава, в 6 случаях спайки сочетались с повреждением менисков

(4) и хондромалицией (2). У 116 больных установлено диагноз: «Деформирующий остеоартроз коленного сустава с хондромалицией и хондропатией мыщелков бедра и большеберцовой кости», I - II степеней тяжести - у 84, III - у 20 и IV степени - у 11 пациентов. В этом случае у 25 пациентов хондромалицию сопровождало повреждение менисков (16), крестообразных связок (5) и внутрисуставные хондромные тела (4). Необходимо отметить, что у 94 пациентов с ДФА и хондропатией мыщелков бедра и большеберцовой кости до операции артроскопии было установлено повреждение менисков. Суставы очищали от хондромалиций промыванием 6-8 литров изотонического раствора, удалены частично отделенные фрагменты, в 8 случаях произведена ретроградная тоннелизация склерозированного участка и у 5 пациентов произведена рефиксация костно-хрящевых фрагментов. Послеоперационный период в 97,4% случаев проходил гладко, в остальных случаях отмечались послеоперационные синовиты или гемартроз, которые легко купировались пункцией коленного сустава. Таким образом, у 92 (21,6%) пациентов заключительный диагноз был установлен после артроскопии. Это указывает на то, что без современной технологии они могли подвергнуться напрасной артротомии.

Заключение. Для диагностики и лечения повреждений и заболеваний коленного сустава артроскопические операции должны шире использоваться в практике, при этом целесообразней производить артроскопию в ранние сроки после получения травмы или развития заболеваний крупных суставов, что предотвращает дальнейшее повреждение суставного хряща и позволяет улучшить результаты лечения. Оснащение травматологических отделений (либо центров) артроскопической техникой с целью оптимизации диагностики и лечения больных с внутрисуставными повреждениями и заболеваниями является не только экономически выгодным для лечебно-профилактических учреждений, но и позволяет оказывать высококвалифицированную помощь данному контингенту больных. Применение малоинвазивных хирургических вмешательств у больных с остеоартрозом коленного сустава позволяет улучшить качество жизни пациентов и отсрочить выполнение эндопротезирования.

Назаров Х.Ф., Назарзода Ф.Н.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЛИТИАЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

Кафедра хирургии Бохтарского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить результаты хирургического лечения холелитиаза у больных с высоким операционным риском.

Материал и методы исследования. Основными задачами по оптимизации хирургического лечения ЖКБ и ее осложнений у больных с высоким операционным риском считается дифференцированный подход к выбору сроков и способа малоинвазивного хирургического вмешательства на желчевыводящих путях.

За десять лет по поводу ЖКБ оперированы 2234 человека, которые распределились в зависимости от формы воспаления следующим образом: хронический холецистит – 424 (18,9%), острый катаральный холецистит – 717 (32,1%), острый флегмонозный холецистит – 708 (31,7%), острый гангренозный холецистит – 385 (17,2%).

У 2234 больных ЖКБ выявлены следующие осложнения: подпеченочный инфильтрат – 330 (14,7%), паравезикальный абсцесс – 28 (1,2%); перитонит – 101 (4,5%); рубцовый стеноз БДС – 52 (2,3%), холедохолитиаз – 180 (8,0%); механическая желтуха – 340 (15,2%); холангит – 102 (4,5%).

Результаты и их обсуждение. Выполнены следующие виды холецистэктомий: от-

крытая (ЭХО) – 85 (3,8%), лапароскопическая (ЛХЭ) – 2149 (96,1%).

Этапные малоинвазивные вмешательства по поводу холедохолитиаза и холангита выполнены 180 (8,0%) больным с высоким операционным риском.

Ведущими факторами, увеличивающими риск оперативного вмешательства и послеоперационных специфических неспецифических осложнений, являлись поздняя госпитализация больных острым холециститом, осложнения основного заболевания и тяжелая сопутствующая патология у лиц пожилого и старческого возраста.

Заключение. Этапное эндоскопическое и эндохирургическое лечение ЖКБ и ее осложнений у групп высокого операционного риска, адекватное наружное, внутреннее или комбинированное дренирование билиарного и панкреатического трактов при нарушении желчеоттока, одномоментное или этапное хирургическое лечение сочетанной патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны с соблюдением принципов антирефлюксной и органосохраняющей хирургии позволили снизить послеоперационную летальность до 0,9%, а в группе больных с ОГКХ – с 3,4% до 2,6%.

¹Назирова С.Н., ²Бахриев И.И., ¹Шарифов М.С., ¹Хайрудинов М.Р.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПОСМЕРТНОЙ ДИАГНОСТИКИ УТОПЛЕНИЯ В ПРЕСНОЙ ВОДЕ

¹Кафедра судебной медицины ГОУ ИПОвСЗ РТ

²Кафедра судебной медицины Ташкентской медицинской академии РУз

Цель исследования. Исследование смертности от утопления в г. Душанбе, ее особенностей и закономерностей, а также объективного представления о ее структуре и динамике.

Материал и методы исследования. Следует отметить, что в большинстве случаев (70-

90%) погибшие умели плавать, что побудило судебных медиков более тщательно изучить патофизиологические процессы, протекающие при данном виде механической асфиксии. Обнаружение трупа в водоёмах города Душанбе зависит от времени года и времени суток, так как чаще утопление происходит в

дневное время с 11 до 16 ч (51,4%), в вечерние часы - с 16 до 20 часов (38%) в весенне-летний период. Из факторов, способствующих утоплению, следует отметить, прежде всего, употребление алкоголя – от 35% до 67% погибших находились в состоянии алкогольного опьянения.

Под утоплением следует понимать вид насильственной смерти, наступающей при полном погружении человека в воду и обусловленный развитием острых патологических изменений жизненно важных систем организма в результате комплекса внешних воздействий на него водной среды.

В зависимости от главенствующей роли в наступлении смерти патологического процесса, утопления можно подразделять по их патологическому типу – аспирационное (истинное, мокрое), асфиксическое (спастическое, сухое), синкопальное (рефлекторное) и смешанный тип утопления. Каждое из данных видов утопления имеет свои морфологические и гистологические особенности, что требует применения различных методов диагностики утопления. Проанализировав все данные в комплексе, можно судить о типе утопления, но даже при комплексном подходе порой не удаётся точно дифференцировать тот или иной тип утопления.

Результаты и их обсуждение. В мире в последнее время утопление стало серьёзной проблемой в связи с массовостью гибели людей, преимущественно молодого возраста, и является одной из трудно диагностируемых причин смерти при обнаружении трупа в водоёме. В судебно-медицинской и клинической практике наступление смерти в воде не только в результате утопления, но и по иным причинам объективно диктует необходимость установления конкретных обстоятельств происшествия в каждом случае обнаружения трупа в водоёме или вблизи него.

Анализ структуры насильственной смерти, осуществляемый по материалам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), показывает, что утопление занимает в ней 6-е место (7,3%) и превышает число случаев гибели людей в результате пожаров и отравлений. Более половины случаев утопления в мире происходит в регионах ВОЗ - Западной части Тихого океана и Юго-Восточной Азии. В Африканском регионе ВОЗ отмечаются самые высокие показатели смертности от утопления, которые в 15-20 раз превышают аналогичные показатели в Германии или Соединённом Королевстве Великобритании и Северной Ирландии.

Среди морфологических признаков утопления один из наиболее достоверных признаков – пена вокруг отверстия рта и носа, иногда с примесью крови. Также к признакам утопления относят следующие морфологические признаки: бледность кожных покровов, трупные пятна с сероватым оттенком с розоватым окрашиванием по периферии, кожа приобретает вид так называемой “гусиной кожи”, наличие общеасфиксических признаков. В пазухе клиновидной кости черепа, как правило, обнаруживается вода – признак Свешникова, также могут обнаруживаться наряду с пятнами Тардье кровоизлияния под легочной плеврой, которые представляют собой расплывчатые пятна с нечёткими контурами, неопределённых форм, несколько возвышающиеся, бледно-красного цвета – пятна Рассказова-Лукомского-Пальтауфа (при длительном пребывании трупа в воде они исчезают). Жидкая, вишнёвого цвета кровь в сосудах и в полости левого желудочка сердца – признак И. Каспера. Наличие жидкости в брюшной и плевральных полостях – признак Мора (характерен для аспирационного типа утопления). Положительная проба на воздушную эмболию левых отделов сердца и др.

При гистологическом исследовании, как правило, в просветах бронхов наблюдался частично десквамированный эпителий с неравномерным накоплением секрета в бокаловидных клетках, утолщением эпителиального пласта, вытягиванием ядер; острая эмфизема лёгких с участками ателектаза и вздутие альвеол, множественные разрывы межальвеолярных перегородок с образованием шпор, резкий интраальвеолярный и интерстициальный серозно-геморрагический отёк, очаговые кровоизлияния в межтканевой ткани, элементы среды утопления в альвеолах; явления отёка, расширение перикапиллярных пространств с наличием в них белковых масс. В печени выраженный отёк стенок жёлчного пузыря в виде разрыхления коллагеновых волокон. В почках капилляры мозгового слоя резко расширены и переполнены кровью. Канальцевый эпителий набухший, слабо окрашивается. Капсулы Шумлянского отечные, в просвете отдельных капсул клубочков однородная масса с примесью эритроцитов. Изменения в ткани головного мозга характеризуются сосудистыми изменениями, а именно расширением капилляров и вен. Кровь жидкая, на ограниченных участках в просвете сосудов обнаруживаются адгезивные скопления эритроцитов, а также

мелкоочаговые кровоизлияния в околососудистых пространствах.

Основным методом диагностики утопления - "золотой стандарт утопления" - является альгологический анализ нано- и микропланктона, населяющего водоёмы, которые вместе с водой попадают в организм. Но и этот метод не всегда считается объективным, так как данные микроорганизмы могут проникать внутрь организма при пребывании трупа в воде, а также он не даёт возможности судить о виде утопления и встречается примерно в 27-35% случаев.

Порой эксперту очень трудно, а иногда и вовсе невозможно ответить на поставленные вопросы, это связано со скудностью объектов (следов), которые могут быть использованы, как вещественные доказательства, нестабильностью времени, динамичностью происшествия, быстрым посмертным изменением трупа, отсутствием объективных и специфических методов диагностики, отсутствием чётких критериев диагностики смерти от утопления и др.

Заключение. Таким образом, утопление является медико-социальной проблемой, для решения которой необходима максимальная активизация профилактических

мер, направленных на предупреждение данного вида смерти, и интеграция работы образовательных, медицинских структур, органов власти и правопорядка.

В статье представлены современные возможности судебно-медицинской диагностики смерти от утопления и обнаружения трупа в воде. Несмотря на постоянный прогресс в судебно-медицинской экспертизе, до сих пор остается множество вопросов, которые ещё предстоит решить. Все существующие методы диагностики утопления имеют свои недостатки: слабая выраженность, непостоянность, что порой приводит к ложным результатам. Это требует создания новых методов диагностики при обнаружении трупа в воде. Большинство современных исследователей направлены на исследование биологического материала лиц погибших от утопления и его среды на молекулярном уровне.

Также в связи с тем, что данный род смерти относится к насильственному, нужно искать более специфические и достоверные методы диагностики. Необходимо создать оптимальный подход к определению самой сущности происходящих при утоплении процессов и разработать единый алгоритм исследования трупов, извлечённых из воды.

Намозова З.С., Муминова Ш.Т., Худойдодова Н.Ф., Джумъзода Ш.

ОСОБЕННОСТИ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН, РОДОРАЗРЕШЕННЫХ ПУТЕМ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить особенности гестационного процесса у женщин, родоразрешенных путем вакуум-экстракции плода.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование 115 историй родов и карт новорожденных у женщин, родоразрешенных путем вакуум-экстракции плода в ГОУ «Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии».

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных женщин составлял 23,4±6,9 года. Более 62% пациенток находились в раннем репродуктивном возрасте, 26,3% - в активном, каждая десятая (10,1%) - в

позднем репродуктивном периоде. Из паритета родов установлено, что 83,8% составляли первородящие женщины, повторнородящих было 8,1%, многорожавших – 8,1%. В структуре экстрагенитальной патологии анемия различной степени тяжести составляла 51,0%, заболевания мочевыводящих путей – 42,8%, йоддефицитные состояния – 12,2%, ожирение имело место в 4,7% случаев.

Большинство (91,8%) обследованных по поводу настоящей беременности состояли на учете в Центрах репродуктивного здоровья, при этом 73,4% из них наблюдались у семейного врача. В антенатальном периоде острые респираторные вирусные заболевания перенесли более половины (57,1%) беременных,

рвота беременных имела место у каждой второй (51,0%), обострение хронического пиелонефрита - у более ¼ (26%), анемия - у 34,7%, угроза прерывания беременности - в 14% случаев.

Поступили в стационар без сопроводительного листа 83,6% женщин, что объясняется экстренной госпитализацией в связи с началом родовой деятельности, при этом обменная карта имела у большинства рожениц. Срочные роды имели место в 7,5% случаев, запоздалые - в 16,3%, преждевременные роды установлены у 8,1% рожениц.

Анализ партограмм свидетельствовал, что самопроизвольно регулярная родовая деятельность развивалась у 77,6% рожениц, родовозбуждение путем амниотомии произведено в 22,3% случаев. Общая продолжительность родов в среднем была выше на 2 часа за счет длительности второго периода родов, что обусловлено более высокой частотой слабости родовой деятельности. Наиболее частым показанием для проведения вакуум-экстракции плода явился дистресс плода (96%), в 4% случаев - слабость родовой деятельности.

В большинстве случаев (87,7%) при использовании вакуум-экстрактора произведена эпизиотомия с последующей эпизиографией. Уровень стояния головки плода в 82,5% случаев, по данным анализированных историй, находился на выходе из малого таза, в 15,5% случаев соответствовал узкой части малого таза, а в 2,0% случаев головка плода находилась в плоскости широкой части малого таза.

Анализом историй родов пациенток, родоразрешенных вакуум-экстракцией плода установлено, что в 91,4% случаев общая продолжительность операции составила 8 минут, в 6,6% - 12 минут и в 2,0% - 17 минут. В 86% случаев операция закончилась одной тракцией,

в 8,0% - двумя тракциями, в остальных 6,1% имели место 3 тракции. Данных о соскальзывании чашек в анализированных историях нет. Общая кровопотеря в послеродовом периоде составляла в среднем 285,0 мл. В большинстве наблюдений послеродовый период протекал без осложнений. Средняя масса тела новорожденных составляла 3325,6 грамм, при этом в весовой категории 2000,0-2499,0 грамм находились 12,3% младенцев, 2500,0-2999,0 грамм - 24,3000,0-3499,0 - 31,0%, 3500,0-3999,0 - 12,2%, 4000,0 грамм и более - 2,0%.

Все дети родились живыми, при этом оценка по шкале Апгар на первой минуте в 15,6% случаев составила 7 баллов, у каждого второго новорожденного (51,0%) - 6 баллов, 5 баллов - у каждого десятого (22,4%), 4 балла - 9,0% и в 2,0% случаях - 1 балл. В реанимации новорожденных нуждались каждый четвертый младенец. За время пребывания в стационаре в удовлетворительном состоянии находились 83,6% новорожденных, состоянии средней тяжести - 12,2%, в тяжелом - 4,0% новорожденных. Соблюдался протокол операции вакуум-экстракции в 9,0% случаев, в 2,0% - не соответствовал.

Более ⅓ (38,0%) родильниц выписаны домой с ребенком на 3-4 сутки, более 1/5 (22,4%) - на 5-7 сутки, позднее 8 суток - 13,2%.

Закключение. Наиболее частым показанием для проведения оперативного родоразрешения при вагинальных родах в головном предлежании является дистресс плода, требующий готовности к принятию экстренных мер в родах. Использование вакуум-экстрактора в родах влияет на перинатальные исходы, в связи с чем соблюдение клинического протокола «Оперативное родоразрешение при вагинальных родах в головном предлежании», утвержденного приказом МЗиСЗНРТ № 537 от 21.06.2021 г. позволит обеспечить благоприятные перинатальные исходы.

Насирова Х.К., Музаффарова Д.М.

ИСХОДЫ 25 БЕРЕМЕННОСТЕЙ, ИНДУЦИРОВАННЫХ КАБЕРГОЛИНОМ (ДОСТИНЕКС), У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЧЕСКИМ ГИПОГОНАДИЗМОМ

Кафедра эндокринологии, детской эндокринологии ТашПМИ, Республика Узбекистан

Существует несколько физиологических причин гиперпролактинемии, наиболее распространенными из которых являются беременность и кормление грудью.

Первоначальные сообщения о применении каберголина во время беременности были опубликованы в 1994 г. Многочисленные сообщения о беременности, наступившей при приеме каберголина, также не показали влияния на исходы беременности, по сравнению с нормальной популяцией. В ретроспективном исследовании 100 беременностей, зачатых во время лечения каберголином, не было выявлено различий в исходах беременности или врожденных пороках развития, по сравнению с контрольной группой. Более позднее исследование включало 25 женщин с макропролактиномами, которые продолжали терапию каберголином на протяжении всей беременности с кумулятивной дозой $52,1 \pm 42,4$ мг, по сравнению с группой женщин, терапия которых была прекращена во время зачатия (средняя кумулятивная доза $14,1 \pm 14,1$ мг). В результате 84 родов родилось 88 детей, трое из них имели пороки развития (3,4%). Неонатальный статус был сопоставим с контрольной группой, где наблюдалась частота пороков развития 6,3%. Постнатальное развитие детей было нормальным. Не было различий в неонатальных пороках развития или спонтанных выкидышах между двумя группами. Каберголин в настоящее время рекомендуется в качестве терапии первой линии из-за его лучшей переносимости и превосходной эффективности.

Для пациентов с микропролактиномами и интраселлярными макроаденомами в настоящее время рекомендуется отменить лечение агонистами дофамина и терапию после подтверждения беременности. Пациентов следует осматривать каждые 3 месяца, отмечая головные боли или нарушения зрения. При макропролактиномах наиболее распространенной практикой является прекращение терапии агонистами дофамина при подтверждении беременности. В идеале, эффективность агониста дофамина в уменьшении размера опухоли должна быть продемонстрирована до беременности с целью уменьшения краниокаудального размера в пределах sellarной границы. После беременности рекомендуется ежемесячно проходить клиническое обследование пациенток и каждые 3 мес. проводить исследование

поля зрения. Вопрос о том, следует ли измерять уровень пролактина во время беременности, является спорным, поскольку некоторые эксперты предполагают роль измерения только в случае макропролактином, по сравнению с диапазонами, характерными для беременности. Однако Европейские клинические рекомендации по функционирующим и нефункционирующим аденомам гипофиза при беременности не рекомендуют измерять пролактин во время беременности. Данные о безопасности лечения каберголином женщин с гиперпролактинемией во время беременности все еще недостаточны.

Цель исследования. Изучить вероятность врожденных пороков развития у детей, рожденных от беременностей, индуцированных приемом каберголина.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование 25 беременностей у 25 женщин с гиперпролактинемией, получавших каберголин во время зачатия, и последующее наблюдение за 25 новорожденными. Средний возраст пациенток был в пределах 20 - 32 лет.

Прием каберголина был прерван в 2-х случаях беременности и продолжен в 23-х случаях. Экспозиционная доза каберголина на плод рассчитывалась для каждой беременности. Осложнения беременности и состояние новорожденного сравнивали с теми, которые наблюдались в контрольной группе того же возраста и времени родов из 30 женщин соответствующего возраста.

Результаты и их обсуждение. Средняя экспозиционная доза каберголина для плода составила $3,6 \pm 4,7$ мг. Частота самопроизвольных выкидышей составила 10%. Осложнения легкой и средней степени тяжести наблюдались у 31% беременностей, что соответствует показателям контрольной группы. Увеличение размера опухоли (2–5 мм) наблюдалось в 7 из 25 оцененных случаев, что потребовало повторного введения каберголина во время беременности у пяти пациенток. В результате 25 родов родилось 25 детей, пороки развития в момент осмотра не наблюдались (0%). Неонатальный статус был сопоставим с контрольной группой. Постнатальное развитие детей было нормальным.

Заключение. Лечение каберголином во время зачатия представляется безопасным как для беременных, так и для новорожденных, хотя все еще необходимы дополнительные данные о большем числе беременностей и исходов.

Обидов С.А., Каримов С.М., Гурезов М.Р.

К ВОПРОСУ ОБ ИСХОДНОМ ЗНАЧЕНИИ СТРУКТУРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ИНТЕНСИВНОСТИ КАРИЕСОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ НЕСРАЩЕНИЯМИ ГУБЫ И НЁБА

Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить исходные значения структурных элементов интенсивности кариеса зубов у детей с врожденными несращениями губы и нёба.

Материал и методы исследования. Для оценки структурных элементов интенсивности кариеса зубов проведено кариесологическое обследование 68 детей с врожденными несращениями верхней губы и нёба. Обследование проводилось в ключевых возрастных группах 3, 6, 9, 12, 15 лет детей с названной нозологией.

Обследование проводилось с помощью типового набора стоматологических инструментов. При осмотре полости рта фиксировалось наличие кариозных полостей, пломб и их локализация. Данные заносили в индивидуальные, специально разработанные карты осмотра полости рта детей.

Структуризацию интенсивного показателя кариесологического статуса проводили с использованием структурных компонентов КПЗ для временных зубов (компонент «к», компонент «р», компонент «х» и компонент «п») и КПУЗ для постоянных зубов (компонент «К», компонент «Р», компонент «Х» и компонент «П» и компонент «У»).

Результаты и их обсуждение. При структурном анализе интенсивности кариеса временных зубов нами выявлено, что у 3- и 6-летних детей с врожденными несращениями верхней губы и нёба неосложненные формы кариозных зубов (элемент «к») составили соответственно $0,34 \pm 0,03$ и $1,71 \pm 0,09$ единиц. При этом осложненные формы кариеса, подлежащие лечению (элемент «р»), составили соответственно $0,61 \pm 0,02$ и $0,74 \pm 0,03$. При обследовании 6-летних детей было выявлено $0,74 \pm 0,02$ зубов, подлежащих удалению (элемент «х»), $0,06 \pm 0,01$ пломбированных кариозных полостей (элемент «п») и $0,21 \pm 0,02$ зубов, удаленных по поводу кариозного процесса (элемент «У»).

При структурной оценке интенсивность кариеса постоянных зубов у 6-летних детей с врожденными несращениями верхней

губы и нёба было выявлено $0,79 \pm 0,04$ зубов с неосложненной формой кариеса (элемент «К»), $0,19 \pm 0,02$ и $0,16 \pm 0,02$ зубов с осложненными формами кариеса, соответственно подлежащие лечению (элемент «Р») и удалению (элемент «Х»), $0,05 \pm 0,02$ пломбированных кариозных полостей постоянных зубов (элемент «П») и $0,09 \pm 0,02$ постоянных удаленных зубов (элемент «У»).

У 9-летних детей с названным пороком развития интенсивность кариеса постоянных зубов составила $2,12 \pm 0,25$. При структуризации интенсивного показателя в постоянном прикусе было выявлено $1,23 \pm 0,12$ постоянных зубов с неосложненной формой кариеса, $0,32 \pm 0,04$ и $0,28 \pm 0,03$ постоянных зубов с осложненными формами кариеса, соответственно подлежащие лечению и удалению, $0,07 \pm 0,03$ пломбированных кариозных полостей постоянных зубов и $0,22 \pm 0,03$ постоянных удаленных зубов.

При первоначальной визуализации кариесологического статуса у 12- и 15-летних детей с врожденными несращениями верхней губы и нёба нами зарегистрированы неосложненные формы кариозного процесса соответственно на уровне $0,97 \pm 0,06$ и $1,58 \pm 0,13$. Осложненные формы кариеса, подлежащие удалению, соответствовали $0,41 \pm 0,05$ и $0,68 \pm 0,06$ зубов. Зубы, запломбированные по поводу кариеса, соответствовали $0,13 \pm 0,03$ и $0,38 \pm 0,04$ единицам на одного обследованного, количество удаленных зубов в данных возрастных группах составило соответственно $0,04 \pm 0,01$ и $0,53 \pm 0,05$ единиц.

Заключение. Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что в ключевых возрастных группах детей с врожденными несращениями верхней губы и нёба интенсивные показатели кариесологического статуса во временных и постоянных прикусах находятся на высоком уровне. Значительное количество выявленных кариозных полостей приходится на детей со сквозными несращениями губы и нёба на фоне максимального нарушения экосистемы полости рта при наличии вышеупомянутого порока развития.

Одил Саидолим, Тохиров Ф.С.,
Каримов Ш.З., Саиджонов П.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ УЗЛОВОЙ РЕЦИПРОКНОЙ ТАХИКАРДИИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН

Цель исследования. Изучить результаты радиочастотной абляции (РЧА) у больных с атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией (АВУРТ) и сравнить качество жизни данных больных с больными, принимающими антиаритмические препараты.

Материал и методы исследования. Метод исследования основан на анализе результатов РЧА АВУРТ у 103 больных, оперированных в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии с 2017 по 2023 гг. Из оперированных больных 101 (98%) составили больные типичной формой АВУРТ по типу «slow-fast» и 2 (2%) больных - с атипичной формой АВУРТ по типу «slow-slow». Возраст больных варьировал от 10 до 68 лет (средний возраст 37,3±15,7 лет). Среди обследованных было большинство женщин - 57 (55,3%), мужчин - 46 (44,7%).

При электрофизиологическом исследовании (ЭФИ) определение аритмогенных зон проводилась с помощью аппаратов CardioLab BARD-USA и Multishanel-Korea. РЧА медленных путей производилась генератором stöckert и Atakr USA.

При типичной и атипичной формах АВУРТ РЧА медленных путей производилась абляционным катетером Maring MCXL с параметрами $P = 42,1 \pm 5,3 \text{ Wt}$; $T = 38,5 \pm 4,2^\circ\text{C}$; $I = 153,2 \pm 12,4 \text{ Ohm}$ и длительностью до $65 \pm 16 \text{ сек}$. У одного больного детского возраста РЧА выполнялась абляционным катетером Maring MCXL с минимальной мощностью электрического тока $P = 30 \text{ Wt}$ и с температурой $T = 40^\circ\text{C}$ до появления атриовентрикулярного ритма.

Всем пациентам повторно проводилось внутрисердечное электрофизиологическое исследование, при котором оценивались все показатели эффективности РЧА медленных путей.

Результаты и их обсуждение. Из 103 пациентов с диагнозом АВУРТ рецидивы

возникли у четырех больных. У двух пациентов причиной рецидива была недостаточная обработка зон медленных путей. У третьего больного причиной рецидива было расширение полости сердца и нарушение конфигурации зон медленных путей. У четвертой больной детского возраста причиной рецидива была недостаточная обработка зон медленных путей детского возраста из-за высокого риска возникновения атриовентрикулярной блокады. Всем пациентам после рецидива повторно была проведена РЧА медленных путей и обработаны зоны до появления коротких эпизодов атриовентрикулярного ритма. Периоперационные осложнения встречались у трех больных. У двух пациентов имелась транзиторная атриовентрикулярная блокада первой степени. У третьего больного после обработки зон медленных путей возникла атриовентрикулярная блокада второй степени, которому после трехдневного наблюдения был имплантирован постоянный двухкамерный электрокардиостимулятор.

В течение года наблюдения после РЧА медленных путей приступов пароксизмальной тахикардии не отмечалось. Больные были выписаны из стационара в среднем на вторые сутки после РЧА в удовлетворительном состоянии.

Заключение. РЧА медленных путей у больных АВУРТ является радикальным методом хирургического лечения. Частота рецидивов у данных больных, по статистике, после РЧА не превышает 5%. Больные данной категории после РЧА медленных путей избавляются от пожизненного приема антиаритмических препаратов. После РЧА медленных путей уменьшается риск возникновения тяжелых аритмий и внезапной смерти. РЧА медленных путей является безопасным методом радикального лечения больных с АВУРТ и риск возникновения периоперационных осложнений не превышает 0,6%.

Рабиев Х.Х., Махмадалиев Б.Г., Сироджода К.Х.,
Сироджода М.С., Хукуматов М.И.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОЙ АРТРОПЛАСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Провести сравнительный анализ ближайших результатов артропластики тазобедренного сустава после переломов проксимального конца бедренной кости.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов диагностики и хирургического лечения 78 больных с переломами шейки бедренной кости, мужчины составили 41 (52,6%), женщины – 37 (47,4%). Для сравнения полученных результатов хирургического лечения и эффективности разрабатываемых способов диагностики больных разделили на 2 группы.

В первую основную группу вошли 47 (60,3%) больных, которым было произведено эндопротезирование тазобедренного сустава в ранние сроки посттравматического периода. Во вторую контрольную группу включен 31 (39,7%) больной, у которых лечение переломов шейки бедра проводилось традиционно (путем остеосинтез винтами, пластиной и др.).

Операция артропластики сустава больным проводилась на 3-и – 7-е сутки посттравматического периода, за указанный промежуток времени проводились диагностические исследования, оценка соматического состояния, коррекция нарушений функции важных органов и подбор имплантата. В показанных случаях проводилось коррекция гемического дефицита, нарушение систем коагуляции и реологии, а также ликвидация источников инфекции.

Тотальная артропластика тазобедренного сустава с использованием бесцементного протеза фирмы Zimmer выполнена у 20, протезы фирмы Tipsan (Турция) использованы в 25 случаях, биполярный имплантат - у 2 пациентов.

Для оценки эффективности способов диагностики повреждения, профилактики осложнений и лечения переломов бедренной кости произведена рандомизация и сравнение полученных результатов основной и контрольной групп больных с переломами проксимального конца бедренной кости,

статистически сравнимыми по возрасту, тяжести основной и сопутствующей патологии и другим необходимым критериям исследования.

Подбор больных проводился с учетом наличия перелома шейки бедра, выполнения артропластики сустава и идентифицированной клинической и рентгенологической картиной. Все больные не имели серьезной сопутствующей патологии, которая повлияла ли бы на конечные результаты лечения.

Всем пациентам проводилась оценка антропометрических показателей, таких как рост, масса тела и индекс массы тела. Лучевой мониторинг включал в себя рентгенографию таза в прямой проекции до и после операции. Функции тазобедренного сустава в послеоперационном периоде оценено по системе оценки Харриса (1969).

Результаты и их обсуждение. Параллельно с ростом дегенеративных поражений, растет частота переломов шейки и проксимального конца бедренной кости, травматического и патологического характера, решение указанных патологии на современном этапе являются артропластики тазобедренного сустава. Учитывая данные тенденции, в мировой практике, актуальность по замене крупных суставов с каждым годом будет только возрастать. Например, согласно литературными источниками к 2030 году ожидается рост число операции эндопротезирование крупных суставов 40-80% [1,3].

Переломы шейки бедренной кости являются серьезной медицинской проблемой, что связано с их высокой частотой (до 6% от всех переломов) и тяжелыми последствиями. У женщин такие переломы случаются в 4-5 раз чаще, чем у мужчин, причиной переломов чаще всего является остеопороз кости.

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, летальность среди пациентов пожилого и старческого возраста с переломом проксимального отдела бедра достигает 12-15%.

В отдаленном периоде в 20-50% случаев пациенты с последствиями переломами

шейки бедренной кости становятся инвалидами со стойкой утратой трудоспособности. Это свидетельствует об актуальности данной проблемы.

Необходимость артропластики тазобедренного сустава возникает вследствие декомпенсированных структурно-функциональных дисфункций после переломов проксимального отдела бедра.

Первичная артропластика тазобедренного сустава на фоне перелома проксимального конца бедренной кости, в частности перелома шейки бедра, решила задачи реабилитации пациентов в посттравматическом периоде. Артропластика способствовала за короткий промежуток времени восстановлению опороспособности конечности и ускорила социальную реинтеграцию больного, по сравнению к традиционным подходам.

Лечение переломов шейки бедра в контрольной группе заключалось в проведении внесуставного остеосинтеза конъюгированными шурупами, динамическим бедренным винтом, интрамедуллярном остеосинтезе с использованием гамма штифта, а также пластин разной конструкции. Активизация больных на фоне внесуставного остеосинтеза была возможна только на 30-35-е сутки с момента операции. В случае негладкого течения раневого процесса и наличия нестабильного остеосинтеза на фоне остеопороза сроки постельного режима удлиняются.

У пациентов первой группы двигательная активность стала возможной на 2-3-е сутки с момента операции, начинаясь в пределах постели, обязательным условием является использование эластичного бинтования обеих

нижних конечностей. После неоднократной смены положения больного в пределах постели и адаптации к новой послеоперационной жизни на 2-3 сутки обучали больного ходить с помощью костылей с полной нагрузкой на оперируемую конечность.

В послеоперационном периоде приживление имплантата проходило гладко, хотя в некоторых случаях отмечен диастаз между имплантатом и кортикальной стенкой, причиной которой являлись остеопороз и асептическое воспаление костной ткани, особенно эти явления наблюдались у больных в первом полугодии послеоперационного периода.

В ближайшем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: пролежни крестцово-копчикового отдела соответственно - у 2 (2,6%) и 6 (7,7%), гипостатическая пневмония - у 1 (1,3%) и 4 (5,1%), тромбофлебит сосудов голени - у 3 (3,8%) и 5 (6,4%), венозная недостаточность - у 2 (2,6%) и 7 (9,0%) пациентов.

В отдаленном периоде отмечены: дегенеративно-дистрофические процессы - у 5 (6,4%), деформация и неустойчивость конечности - у 4 (5,1%), ложные суставы - у 3 (3,8%) пациентов контрольной группы. У основной группы в 3 (3,8%) случаях имели место боли в области тазобедренного сустава при физической нагрузке.

Заключение. Первичное эндопротезирование сустава при переломах шейки бедра кости является методом выбора, способствует восстановлению биомеханики и опороспособности конечности, минимизирует осложнений сосудистого характера и ускоряет восстановление трудоспособности пострадавшего.

Раджабова Г.К., Ахмерова Н.Ш., Одинаева Г.Ш., Мирзоева К.Т.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ПРИНЦИПА «УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ» У ЖЕНЩИН С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Определить эффективность сочетания малоинвазивных вмешательств и принципа «ускоренного восстановления» у женщин с гинекологической патологией.

Материал и методы исследования. На базе кафедры акушерства и гинекологии №2 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» за последние 7 лет сочета-

нием лапароскопических вмешательств с принципом «ускоренного восстановления» у женщин с гинекологической патологией пролечены 74 женщины, в т.ч. с различными формами миомы матки - 39 (52,7%) женщин, с кистозными образованиями придатков и их осложнений - 28 (37,8%), с внематочной беременностью, проявляющейся легкой степенью геморрагии - 7 (9,4%) женщин. Группу сравнения составили 43 женщины (ретроспективное исследование), которым произведены традиционные оперативные вмешательства. Из всех исследуемых женщин 47 (63,5%) были в возрасте до 40 лет, остальные 36,5% - в возрасте 40 лет и старше.

Для более корректного выбора тактики вмешательства проведен тщательный анализ репродуктивного анамнеза женщин основной группы, что, по сути, и определяло объем проводимого вмешательства, включая органосохраняющие и органоуносящие.

Результаты и их обсуждение. Для реализации стратегии «ускоренного восстановления» у пациенток основной группы придерживались специального протокола, внедрение которого, несомненно, имело ряд преимуществ, в частности при «больших» гинекологических операциях, где ведущим фактором является продолжительность пребывания женщин в стационаре. В основном - в 31 или 79,5% случаев - женщинам с миомой матки произведена консервативная миомэктомия. Разработанный способ лапароскопической надвлагалищной ампутации составил 20,5% случаев среди женщин с миомой матки.

Лапароскопические вмешательства на придатках включали клиновидную ре-

зекцию яичника (n=17) и цистэктомия (n=17). В 19,4% наблюдений женщинам с внематочной беременностью произведена лапароскопическая тубэктомия. Длительность операции при лапароскопических вмешательствах у женщин основной группы в среднем составила $55,4 \pm 11,7$ мин., у женщин группы сравнения (традиционные операции) - $73,8 \pm 13,4$ мин.

Послеоперационный койко-день у женщин, оперированных лапароскопически, составил $4,4 \pm 1,3$ против $11,2 \pm 3,7$ - после открытых операций. Послеоперационные осложнения у женщин основной и группы сравнения составили 6,7% (n=5) и 13,9% (n=6) соответственно.

Следовательно, очевидно, что сочетание лапароскопических вмешательств с принципом «ускоренного восстановления» у женщин с гинекологической патологией с высокой вероятностью является эффективным, т.к. является менее травматичным, что максимально снижает послеоперационное пребывание женщин в стационаре. При этом лапароскопические вмешательства более заметно влияли на снижение основных параметров, в основном в плане интоксикации, болевого синдрома, а также способствовали быстрой послеоперационной реабилитации.

Заключение. Сочетание малоинвазивных вмешательств и принципа «ускоренного восстановления» у женщин с гинекологической патологией, несомненно, является весьма эффективным, что способствует сокращению пребывания пациенток на койке, быстрой реабилитации и уменьшению послеоперационных осложнений.

Раджабова Г.К., Султанова Дж.М., Назирбаева О.Ю.

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Улучшить результаты лечения женщин с гинекологической патологией на фоне ожирения путем применения малоинвазивных технологий.

Материал и методы исследования. Исследование основано на анализе 43 женщин с

гинекологической патологией с избыточной массой тела и ожирением, которым произведены лапароскопические и гистероскопические вмешательства за период 2016-2022 годы в ГУ «Медицинский комплекс “Истиклол”» г. Душанбе. Возраст женщин варьировал от

18 до 54 лет, в среднем $28,4 \pm 7,6$ лет. С осложненными формами кисты яичника оперированы 19 (44,1%) женщин, полип матки с сопутствующими синехиями – 13 (30,2%) и миома матки – 11 (25,5%).

У прооперированных женщин масса тела колебалась от 90 до 110 кг. При этом избыток массы тела колебался от 41% до 84%. То есть, почти у всех пациенток масса тела превышала идеальную более чем в 1,5 раза. Колебания индекса массы тела женщин составили от 30 до 41 кг/м². Из анамнеза, длительность существования ожирения колебалась от 4 до 13 лет. В 37 (86,0%) случаях женщины появление избыточной массы тела отмечали после повторных родов, лишь 6 (14,0%) имели избыточную массу до родов.

Результаты и их обсуждение. Учитывая ожирение и наличие соматической патологии, после совместного осмотра с анестезиологом-реаниматологом и при необходимости смежных специалистов у этой категории женщин выбором операции считали малоинвазивные, т.е. лапароскопические и гистероскопические вмешательства. Женщинам с полипами матки с сопутствующими синехиями (n=13) произведена гистероскопическая полипэктомия применением биполярного электрода. Лапароскопическая консервативная миомэктомия выполнена в 9 (81,0%) случаях, лапароскопическая ампутация – 3 (27,2%) женщинам с миомой матки. В трёх последних случаях с целью профилактики опущения шейки матки применяли разработанный нами способ лапароскопической

надвлагалищной ампутации матки, что способствовало профилактике опущения шейки матки в послеоперационном периоде. Лапароскопическую коррекцию осложненных форм кисты яичника, таких как клиновидная резекция яичника (в 11 наблюдениях разрыва кисты) и цистэктомии (в 8 случаях перекрута кисты) – выполнили у 19 (44,1%) женщин с ожирением.

Немаловажным фактором послеоперационного введения женщин с ожирением считается профилактика грозного послеоперационного осложнения – тромбоза легочных артерий. В связи с этим женщинам наряду с неспецифическими способами профилактики провели специфические антитромботические мероприятия применением «малых» доз низкомолекулярного гепарина (фраксипарина) 20 мг 1 раз в день подкожно с первого дня после госпитализации в стационар и по 3-5 день послеоперационного периода, с учетом показателей свертывающей системы крови. Во всех случаях послеоперационный период протекало гладко. Средний койко-дней составило 3,4 дня. Случаев осложнений не было.

Заключение. При гинекологической патологии у женщин с ожирением методом выбора считаются малоинвазивные вмешательства ввиду их минимальной травматичности и меньшего количества послеоперационных осложнений, что, соответственно, повышает качество жизни пациенток после операции.

¹Разакова Ш.К., ¹Зарипов А.Р., ²Гурезов М.Р.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИОННО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

¹Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Профилактика стоматологических осложнений ортодонтического генеза у детей и подростков при использовании несъемных конструкций типа брекет-систем.

Материал и методы исследований. Было обследовано 150 детей и подростков в возрасте с 12 до 18 лет, имеющих сужение зубных рядов в области функционально-о-

риентированных фронтальных групп зубов. Из них у 120 (80,0%) школьников отмечали скученное положение передних зубов (1-я группа) и 30 (20,0%) детей, не имеющих данной патологии зубочелюстной системы (2-я группа – контроля).

Для постановки диагноза «сужение зубных рядов» в зависимости от нарушения окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений проводили измерения на диагностическом моделях с помощью штангенциркуля: определялся индекс Пона в интерпретации Линдера и Харта.

Результаты и их обсуждение. В ходе визуализации «сужение зубных рядов» скученность положения зубов I степени диагностировалась у 85 (70,8%) детей, II степени – у 23 (19,2%), III степени – у 12 (10,0%) обследованных. Среди обследованных детей основной группы появление ретенционных пунктов в полости рта при использовании несъемной ортодонтической конструкции влекло за собой изменение состава микрофлоры полости рта, что проявляется в появлении очагов деминерализации в зоне прикрепления элементов брекет-системы в вестибулярной поверхности зубов. В большей степени очаги деминерализации ортодонтического генеза появляются в пришеечных областях зубов ($68,6 \pm 4,3\%$) и вокруг основании брекетов ($31,4 \pm 1,7\%$) на вестибулярной поверхности эмали, т.е. в зоне, по сути, иммунной для кариозного поражения.

При использовании несъемной ортодонтической конструкции у детей с аномалиями зубочелюстной системы в $6,8 \pm 0,3\%$ случаев обнаружена дисколорация эмалевой поверхности по окончании ортодонтического лечения. Следует отметить, что такие изменения цвета вестибулярной поверхности эмали зубов обнаружены у детей и подростков с порочным развитием твердых тканей зубов, а именно с системной гипоплазией эмали.

Несъемная ортодонтическая конструкция является своего рода постоянным механическим раздражителем, особенно у детей, имеющих небольшие коронки зубов. У таких пациентов (27 детей) очень часто диагностированы явления катарального и гипертрофического гингивита ортодонтической природы (в $44,4 \pm 3,3\%$

и $18,5 \pm 1,6\%$ случаев соответственно; 12 и 5 детей). В остальных случаях ($37,1 \pm 2,7\%$ случаев; 10 детей) состояние мягких тканей пародонта оказалось интактным.

Проведение реминерализующей терапии рекомендуется за 1 месяц до фиксации несъемной ортодонтической конструкции. Наиболее широко применяемым методом местной терапии является аппликационный способ, когда реминерализующее средство наносят на очищенную, высушенную поверхность зуба. Для этого имеется множество методик повышения резистентности эмали: методика Леуса-Боровского; методика применения препарата «Ремодент»; кальций-фосфатные гели; метод глубокого фторирования.

Рациональная гигиена полости рта с использованием зубной щетки и пасты является неотъемлемой частью общей гигиены индивидуума. Эффективность ее во многом зависит от методов чистки зубов и десен. В связи с этим для детей и подростков с несъемной ортодонтической конструкцией нами предложен следующий метод чистки зубов: сначала выполняются вертикальные движения, а затем горизонтальные движения зубной щеткой ОРТО вдоль всей ортодонтической дуги на верхней и нижней челюстях для удаления остатков пищи с вестибулярной поверхности зуба. Далее межзубной щеткой со сменными ершиками производят вертикальные движения под ортодонтической дугой вдоль каждого брекета. Затем по стандартной методике (если нет никаких дополнительных элементов с небной поверхности на верхней челюсти и с язычной поверхности на нижней челюсти) производится чистка с внутренней стороны зубов. На завершающем этапе используется зубная нить (флосс).

Заключение. Рекомендации по уходу за полостью рта и назначение гигиенических средств у детей и подростков должны быть строго индивидуальными и зависеть от вида и качества ортодонтического аппарата, состояния зубов и окружающих их тканей. Необходимым условием успешной профилактики ортодонтических осложнений у детей и подростков являются: реминерализующая терапия; правильный выбор методов и средств индивидуальной гигиены полости рта.

¹Разакова Ш.К., ¹Зарипов А.Р., ²Исмоилов А.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОГО ГИГИЕНИЧЕСКОГО ПОДХОДА У ДЕТЕЙ С АНОМАЛИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ НАЛИЧИИ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Определить значимость гигиенического воспитания в структуре лечебно-профилактических мероприятий при наличии ортодонтических осложнений у детей с аномалиями зубочелюстной системы.

Материал и методы исследования. Для определения значимости контролируемых мероприятий в системе рационального гигиенического воспитания на протяжении 3 лет проводилось клинико-гигиеническое наблюдение за состоянием полости рта у 2 групп детей (1-я – с аномалией отдельных зубов; 2-я – с аномалией зубных рядов с ортодонтическими осложнениями (256 человек). В 1-й группе (128 детей) помимо необходимого лечения ортодонтических осложнений особый акцент был сделан на гигиеническом воспитании, в состав которого входили контролируемые мероприятия, направленные на формирование устойчивых гигиенических навыков. Среди обследованных детей над качеством гигиены полости рта осуществлялся контроль в разные сроки наблюдения.

Для оценки эффективности индивидуализированного подхода к коррекции гигиены полости рта под динамическим наблюдением находились 2 группы пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью с аномалией отдельных зубов (198 детей), а также зубных рядов (58 детей). В околозубных тканях ортодонтических несъемных конструкций регистрацию патологических изменений осуществляли с использованием пробы Шиллера-Писарева, папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса, индекса кровоточивости десневой борозды, упрощенного индекса гигиены полости рта и индекса нуждаемости в лечении заболеваний пародонта.

Результаты и их обсуждение. Полученные материалы подтверждают факт того, что у детей с аномалией зубочелюстной системы в сочетании с ортодонтическими осложнениями отмечается высокая распространенность и интенсивность патологических

признаков в маргинальном пародонте, что диктует необходимость строгого контроля гигиенического состояния полости рта на протяжении использования несъемной ортодонтической конструкции и разработки дифференцированных форм стоматологического обслуживания данных пациентов с учетом гигиенического уровня полости рта.

С учетом изложенного выше среди обследованного контингента детей осуществлено поддержание рациональной гигиены полости рта, которая обеспечивает нормализацию состояния краевого пародонта в зоне функционирующей несъемной ортодонтической конструкции. Поэтому среди этих пациентов обучение гигиеническим навыкам являлось основополагающим этапом запланированных мероприятий. После детального диагностического осмотра с пациентом проводились занятия по обучению чистки зубов и существующей конструкции в полости рта, давались соответствующие рекомендации и осуществлялись 3-4 контрольные чистки органов полости рта, в процессе которых определялась конструкция щетки и вид зубной пасты.

Во время гигиенического обучения лицам с гингивитом ортодонтического генеза начальной стадии рекомендовались пасты антибактериальной направленности (Гексодент, Маклинз, Лакалут фтор и Эльгидиум). И только после снижения значений индикаторных показателей гигиенического состояния полости рта, что, как правило, происходило через 7-10 дней, приступали к проведению профессиональной гигиены полости рта. Подобная тактика облегчала процедуру удаления зубного камня супраконструкции и в большинстве случаев исключала необходимость использования лекарственных средств. В завершение комплекса лечебно-профилактических мероприятий данному контингенту пациентов советовали пользоваться многофункциональными зубными пастами (Сигнал-Глобал, Колгейт-Тотал и Бленд-а-мед Комплит).

Наиболее многочисленную группу пациентов с ортодонтическими осложнениями воспалительного характера составляют лица с гингивитом средней и тяжелой степеней тяжести. Структура лечебно-профилактических мероприятий у данного контингента была несколько другой. Учитывая, что более выраженный воспалительный процесс в тканях пародонта ортодонтических пациентов требует незамедлительного лечебного вмешательства для его купирования, гигиеническое обучение осуществлялось параллельно с проведением местной противовоспалительной терапии.

Динамическое наблюдение за детьми с аномалией зубочелюстной системы в сочетании с ортодонтическими осложнениями воспалительного характера, которые осуществляли индивидуальные рекомендации по гигиене полости рта, показало, что у них

устранение патологического процесса в околозубных тканях наблюдалось в стопроцентном случае при наличии гингивита легкой и средней степеней тяжести и на 87,9% - при тяжелой степени тяжести гингивита, по сравнению с детьми, не исполнившими предписаний врача-ортодонта.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что дети с воспалительными заболеваниями пародонта ортодонтического генеза имеют весьма ограниченные сведения о должном уровне гигиены полости рта. Вместе с тем процесс трансформации полученных знаний в умение и привычку является довольно длительным, в связи с чем очень важно не только дать пациенту соответствующую информацию, но и проводить контролирующие мероприятия, направленные на создание у них устойчивого стереотипа мануальных навыков.

¹Расулов Н.А., ²Рустамзода Х., ²Акбаров С.С., ²Джобирова Ш.Н.

ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

¹Кафедра хирургии ГОУ ИПОвСЗРТ

²ГУ Медицинский комплекс «Истиклол»

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения рубцовых стриктур желчных протоков.

Материал и методы исследований. За период с 2010 г. по 2022 г. на кафедре хирургии ГОУ ИПОвСЗРТ прошли обследование и лечение 74 пациента с РСЖП. Мужчин было 24 (32,5%), женщин - 50 (67,5%). Возраст пациентов составил от 18 до 74 лет.

Распределение пациентов в зависимости от уровня расположения РСЖП согласно классификации Bistmuth – Corlete было следующим: I тип – у 8 (11%), II тип – у 12 (16%), IIIa тип – 21 (28%), IIIb тип – у 13 (17,5%), IV тип – у 20 (27%).

Для определения уровня окклюзии желчных протоков наряду с общеизвестными методами исследования всем пациентам выполнены УЗИ и МРТ, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХ).

Результаты и их обсуждение. Практически все больные поступили с синдромом механической желтухи, в 28 (38%) случаях – с

явлением холангита. У 37 (50%) пациентов из 74 с РСЖП в прошлом была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. В 48 (65%) случаях факт повреждения внепеченочных желчных протоков (ВЖП) установлен интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде.

Наличие желчного свища наблюдали у 8 больных. Ещё у 8 (11%) пациентов был выявлен билиарный цирроз печени, у 4 (5,5%) из них – с проявлением печеночной недостаточности: в 3 наблюдениях при поступлении были явления билиарного сепсиса. Одновременное сочетание желтухи, холангита и боли в животе отмечено у 28 (38%) пациентов.

Всем пациентам с РСЖП проведено клинико-биохимическое исследование крови, при этом средний уровень билирубина в группе больных с желтухой составил $71,9 \pm 55,1$ мкмоль/л (норма до 21,0 мкмоль/л). Проявления холестаза в виде повышения уровня щелочной фосфатазы наблюдались у 42 (56,5%) пациентов: средний уровень щелочной фосфатазы составил $954,27 \pm 26,8$ Ед/л (норма до 220 Е/л). Предварительная де-

компрессия желчных путей производилась по показаниям.

Основным видом оперативных вмешательств при РСЖП являлись билиодигестивные анастомозы. При формировании билиодигестивных анастомозов придерживались рекомендаций профессора Гальперина Э.И.:

- иссечение всех рубцовых тканей;
- хорошая адаптация слизистых оболочек при наложении анастомоза;
- обеспечение сопоставления тканей без натяжения;
- наложение широкого анастомоза.

В дальнейшем в 32 (43,2%) наблюдениях формировали гепатикоюноанастомоз по Ру, в 15 (20%) по Брауну. При наличии высоких стриктур ВЖП, а также наличии внутрипеченочных абсцессов с явлением хронического холангита в 5 наблюдениях выполняли правостороннюю гемигепатэктомию.

В послеоперационном периоде после выполнения 52 реконструктивных вмешательств при РСЖП осложнения возникли у 12 больных: специфические – у 7 (13%), неспецифические – у 5 (9,5%). Специфическими осложнениями являлись: несостоятельность билиодигестивного анастомоза (n=2), печеночно-почечная недостаточность (n=2), внутриорганные кровотечения (n=2) и холангит

(n=1). Среди неспецифических осложнений следует отметить: нагноение лапаротомной раны (n=2), послеоперационная пневмония (n=2), спаечная кишечная непроходимость (n=1).

Отдаленные результаты хирургического лечения РСЖП прослежены у 52 (70%) пациентов из 74 прооперированных больных. Хорошие (n=20) и удовлетворительные (n=14) результаты отмечены у 34 (46%) больных, неудовлетворительные – у 18 (24%).

Высокоинформативными методами диагностики уровня и протяженности РСЖП является ЭРХПГ, ЧЧХ и магнитно-резонансная холангиопанкреатография. При наличии осложнений РСЖП холангитом, механической желтухой и билиарным сепсисом целесообразно на первом этапе выполнение декомпрессивных вмешательств. Оптимальным вариантом коррекции РСЖП является формирование бескаркасного билиодигестивного анастомоза по Ру с использованием прецизионной техники и современных рассасывающих шовных материалов.

Заключение. Таким образом, при выборе методов лечения РСЖП необходимо учитывать тип рубцовой стриктуры желчных протоков, характер осложнений и функциональное состояние печени.

Расулов Н.А., Хофизова Г.А., Икромов Б.А., Султонов Р.Б., Салимбаев Ч.К.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПРОБОДНЫХ ЯЗВАХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Кафедра хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ ГКБ СМП г. Душанбе

Цель исследования. Показать возможность выполнения малоинвазивных операций у больных с перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, определить показания и противопоказания к лапароскопическим операциям.

Материал и методы исследований. Работа основана на результатах лапароскопического лечения 182 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой. Пациенты оперированы на базе ГКБ СМП г. Душанбе за последние 5 лет. Прободная язва выходного отдела желудка имела у 67 (36,8%) больных, ДПК - у 115 (63,2%). Возраст пациентов варьировал от 17 до 54 лет. Сроки поступления в

стационар: от 6 до 12 часов - 163 пациента, от 12 до 24 часов - 19 пациентов от начала заболевания.

Всем больным выполняется обзорная рентгенограмма органов брюшной полости и эндоскопическая фиброгастродуоденоскопия.

Результаты и их обсуждение. Операцию начинали с выполнения видеолапароскопии для оценки выраженности перитонита и определения локализации перфорации. Вводили 2–3 дополнительных троакара, выполняли санацию брюшной полости. Перфоративное отверстие (его диаметр составлял от 0,2 до 0,5 см) ушивали непрерывными одно-

рядными швами с помощью рассасывающей нити V-Loc 2/0. С целью контроля вводили в желудочный зонд 500 мл физиологического раствора, разбавленного 20 мл метиленового синего. Далее выполнялась санация брюшной полости. В послеоперационном периоде пациенты получали инфузионную, антибактериальную, противовоспалительную терапию. Больные активизировались на 2–3 сут. после операции. В удовлетворительном состоянии пациенты выписывались на 3–5 сутки после операции.

Осложнения в виде несостоятельности швов развились у 3 (1,6%) пациентов. Им выполнены лапаротомия, повторное ушивание перфоративного отверстия.

Показания к эндохирургической операции: локализация язвы в доступном для

ушивания месте, размеры язвы: для желудка не более 0,5 см в диаметре, ДПК - не более 1 см в диаметре. Противопоказания: разлитой перитонит, стеноз выходного отдела желудка, множественные послеоперационные рубцы передней брюшной стенки, подозрение на малигнизацию язвы, наличие “целующихся” язв, сочетание перфорации с кровотечением.

Заключение. Видеолапароскопическое ушивание перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки является оптимальным методом лечения при соблюдении соответствующих показаний и противопоказаний. Преимущества данного метода – малая травматичность операции, ранняя активизация больного, снижение сроков нетрудоспособности.

Расулов Н.А., Хофизова Г.А., Икромов Б., Одинаев Р.С., Ашуров Д.

МЕСТО ФИБРОГАСТРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Кафедра хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ ГКБ СМП г. Душанбе

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с прободными гастродуоденальными язвами на основе данных фиброгастроскопии.

Материал и методы исследований. Проведен анализ непосредственных результатов хирургического лечения 62 прооперированных больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, находящихся на лечении в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи за 2023 год. Возраст больных варьировал от 15 до 83 лет, мужчин было 45, женщин – 17. Несмотря на преобладание городских жителей (82%), в сроки до 6 часов от момента перфорации гастродуоденальной язвы доставлены 15 (24%), от 6 до 24 часов - 26 (42%) и свыше 24 часов – 21 (34%) больной. Из анамнеза о наличии язвы знали 47 больных, кровотечение перенесли 8 больных, ушивание перфоративной язвы – 7.

Диагностика прободных гастродуоденальных язв, наряду с клиничко-лабораторными данными, обязательно включала результаты обзорной рентгеноскопии брюшной полости, грудной клетки и УЗИ брюшной

полости - для 28 больных контрольной группы. В 34 случаях основной группы наряду с вышеизложенным объем хирургического пособия выбирался на основании результата выполненной фиброгастродуоденоскопии и эндовидеолапароскопии.

Результаты и их обсуждение. Из 62 данных обзорной рентгеноскопии грудной клетки и брюшной полости наличие свободного газа под куполом диафрагмы обнаружено в 43 случаях, что составило 69%. При этом после 8 случаев пневмогастроскопии лишь в одном наблюдении повторная рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости выявила наличие симптома «серпа» под правым куполом диафрагмы. В целом, информативность метода по выявлению свободного газа под куполом диафрагмы, как кардинального симптома перфорации полого органа, составила 71%. Следовательно, обзорная рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости остается общедоступным, обязательным методом диагностики прободных гастродуоденальных язв и сопутствующих заболеваний легких. В результате выполненной фиброгастроскопии прободная язва лукови-

цы двенадцатиперстной кишки установлена у 28 (82,3%) больных, желудка - у 6 (17,7%). Прободение язвы как желудка, так и двенадцатиперстной кишки локализовалось по передней стенке органов, информативность метода в топической диагностике осложнения язвенной болезни составила 98%. Наряду с точным указанием локализации в 5 случаях установлены сопутствующие осложнения язвенной болезни. Так, наряду с прободной язвой луковицы двенадцатиперстной кишки язва задней стенки с пенетрацией в головки поджелудочной железы в стадии обострения имела место в одном наблюдении. Также по одному наблюдению обнаружены сочетания прободной и кровоточащей зеркальной язв

двенадцатиперстной кишки, а также вариант прободения и ушитой в анамнезе по поводу кровотечения язвы двенадцатиперстной кишки. В двух случаях наряду с прободной язвой выявлены выраженные рубцово-язвенные деформации пилородуоденального канала с сопутствующим сочетанием язвенной болезнью антрального отдела желудка.

Заключение. Таким образом, фиброгастродуоденоскопия при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки определяет точную топическую диагностику, выявляет сопутствующие осложнения и сочетания язв, что служат основным критерием выбора необходимого хирургического пособия.

^{1,2}Расулов С.Р., ¹Мурадов А.М., ¹Ризоев М.М.,
²Дилшодов С.А., ²Туйчиев Н.Т., ²Юсупов О.У.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СТЕРОИДОЗАВИСИМОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

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

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

Цель исследований. Продемонстрировать возможности эндотрахеального наркоза у больного с сопутствующей стероидозависимой бронхиальной астмой при резекции желудка по поводу рака.

Материал и методы исследований. Произведен анализ клинических данных больного Т., 73 лет, получившего лечение в торакоабдоминальном отделении ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ с 04.01.2023 по 24.01.2023 года с диагнозом: Рак желудка T3N0M0. Дисфагия I степени. Сопутствующий: бронхиальная астма. По поводу последней находится на учете у аллерголога и в течение 18 лет получает гормональную и гелий-кислородную терапию. Диагноз установлен на основании клиники, эндоскопии с морфологическим исследованием биопсийного материала из опухоли и КТ желудка. Также больному производилась КТ органов грудной клетки и брюшной полости для исключения отдаленных метастазов.

Результаты и их обсуждение. Рак желудка (РЖ) является часто встречаемой

и наиболее актуальной проблемой современной медицины, занимает пятое место в структуре заболеваемости и третье место по смертности от онкологических заболеваний в мире. Согласно данным организации, которая занимается организацией мониторинга злокачественных опухолей – GLOBOCAN (совместный проект Всемирной Организации Здравоохранения и Международного агентства исследований рака), в 2020 году в мире было зарегистрировано 1 089 103 (5,6%) новых случаев РЖ. Из общего количества впервые выявленных случаев умерли 768 793 (7,7%) больных. Самые высокие коэффициенты заболеваемости наблюдаются в Азии - 75,3%, странах Европы – 12,5%, Латинской Америки и Карибского бассейна – 6,2%, Африка – 3% и Северной Америке – 2,7%. В Российской Федерации, согласно последним статистическим данным о заболеваемости и смертности ЗНО, РЖ по показателям заболеваемости (у обоих полов) занимает 6-е ранговое место (5,5%) после рака молочной железы (12,1%), кожи (11,8%), трахеи, брон-

хов, легких (9,7%), ободочной кишки (7,1%) и предстательной железы (6,9%).

В Республике Таджикистан РЖ имеет тенденцию к ежегодному росту. По данным организационно-методического отдела Республиканского онкологического научного центра и Республиканского центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в 2020 г. впервые выявлены 230 случаев РЖ, что составило 7,7%, занимая 3-е место после рака молочной железы (15,8%) и шейки матки (9,2%).

На сегодняшний день для РЖ нет четко обоснованного дополнительного лечения. Поскольку дополнительные методы лечения малоэффективны, оперативное вмешательство является единственным шансом на выздоровление.

Бронхиальная астма (БА) - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, характеризующееся гиперреактивностью и вариабельной (обратимой) обструкцией дыхательных путей. Заболеваемость бронхиальной астмой в мире составляет от 1% до 18% в разных странах, летальность от которой составляет от 0,2% до 18%.

У больных с сопутствующей БА эндотрахеальная интубация может спровоцировать бронхоспазм, сопровождающийся острой обструкцией дыхательных путей, которая вызывает вентиляционно-перфузионные нарушения, усиливая гипоксемию и гиперкапнию. Также лекарственные препараты, применяемые во время операции (например, морфин, меперидин, D-тубокурарин), могут спровоцировать бронхоспазм.

Гиперреактивность бронхов при БА - основной фактор риска развития бронхоспазма во время оперативного вмешательства. При этом жизнеугрожающие осложнения возникают у 0,7-4,2% пациентов. В исследовании по изучению функции легких до и после интубации обнаружено снижение форсированного объема выдоха на 50% после проведенной манипуляции. Из этого следует, что пациентам с бронхиальной астмой нельзя проводить эндотрахеальную интубацию.

У больных БА основным осложнением общей анестезии является рефлекторный спазм бронхов, который может усилиться за счет образования вязкого секрета.

В связи с этим большинство авторов предпочитают местную, регионарную или общую анестезию с ИВЛ через маску.

Однако, длительные хирургические вмешательства у больных раком желудка, которые сопровождаются высокой хирургической агрессией, невозможно провести без

эндотрахеального наркоза.

По данным ЭГДС от 21.12.2022 года, у больного обнаружена экзофитная опухоль в кардиальном отделе желудка по задней стенке с неровной поверхностью размерами 2,0 × 2,0 см. Морфологическое исследование биопсийного материала из опухоли желудка №298 от 28.12.2022 года: аденокарцинома желудка. Компьютерная томография органов брюшной полости от 30.12.2022 года, выполненная по стандартной программе с контрастированием желудка per os: признаки неравномерного утолщения стенки кардиального отдела желудка, наиболее характерные для объемного образования. КТ грудной клетки от 05.01.2023 года: признаки единичного очагового инфильтративного утолщения и фиброзного изменения нижней доли правого легкого, наиболее характерное для поствоспалительного характера. ЭХО-кардиография от 31.12.2022 года: гипертрофия левого желудочка; диастолическая дисфункция левого желудочка; регургитация митрального и трикуспидального клапанов I степени; атеросклероз аорты; ФП - 58%. Определение функции внешнего дыхания: дыхательная недостаточность 2 степени.

Больному 14.01.2023 года планировано хирургическое вмешательство в объеме проксимальной резекции желудка. Учитывая, что больной длительное время получает антигистамины и гормонотерапию, специальная подготовка в предоперационном периоде не проводилась. Планировалась тотальная внутривенная анестезия с миоплегией и ИВЛ. Премедикация и ведение наркоза включало индукцию с премедикацией + НЛА (фентанил 0,005% - 4 мг, дроперидол 0,25% - 4 мг) + сибазон 0,5% - 10 мг + кетамин 5% - 200 мг. Миорелаксант короткого действия – дитилин 2% - 5 мл с одномоментной интубацией трахеи и переводом на ИВЛ (режим вентиляции – нормовентиляция). Базисный наркоз с использованием 1% раствора промедола 0,1 мкг/кг массы тела, в/в, капельно + НЛА + кетамин 5% - 3 мг/кг веса + ардуан 4 мг болюсно.

Операция выполнена в объеме субтотальной проксимальной резекции желудка с пилоропластикой по Финнею. Дополнительно взята ткань из края пищевода для подтверждения радикальности резекции. Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление раны первичным натяжением. Швы сняты на 10-12 сутки. Макроскопическое исследование удаленного материала: часть желудка размерами 11 × 8 см, на разрезе опухоль 3,5 × 2,5 см, без четких

границ с инвазией и инфильтрации всех слоев, серо-розового цвета, плотной консистенции. В брыжейке 10 лимфатических узлов размерами от 0,3 до 1,0 × 1,0 см. Сальник размерами 35 × 30 см. Патоморфологическое исследование №20121 от 14.01.2023 года: инфильтративная аденокарцинома желудка G2 с инвазией во всех слоях; по краю резекции, в лимфоузлах и сальнике опухолевые клетки не обнаружены.

Выписан под наблюдение специалистов по месту жительства 24.01.2023 года с диагнозом: «Основной: Рак желудка T3N0M0. Состояние после субтотальной проксимальной резекции желудка с пилоропластикой по Финнею. Сопутствующий: Стероидозависимая бронхиальная астма. Осложнения: Пневмофиброз. Дыхательная недостаточность 2-степени. ХИБС. Атеросклероз аорты».

Рак желудка (РЖ) является часто встречаемой и наиболее актуальной проблемой современной медицины, занимает пятое место в структуре заболеваемости и третье место по смертности от онкологических заболеваний в мире. Согласно данным организации, которая занимается организацией мониторинга злокачественных опухолей – GLOBOCAN (совместный проект Всемирной Организации Здравоохранения и Международного агентства исследований рака), в 2020 году в мире было зарегистрировано 1 089 103 (5,6%) новых случаев РЖ. Из общего количества впервые выявленных случаев умерли 768 793 (7,7%) больных. Самые высокие коэффициенты заболеваемости наблюдаются в Азии – 75,3%, странах Европы – 12,5%, Латинской Америки и Карибского бассейна – 6,2%, Африка – 3% и Северной Америке – 2,7%. В Российской Федерации, согласно последним статистическим данным о заболеваемости и смертности ЗНО, РЖ по показателям заболеваемости (у обоих полов) занимает 6-е ранговое место (5,5%) после рака молочной железы (12,1%), кожи (11,8%), трахеи, бронхов, легких (9,7%), ободочной кишки (7,1%) и предстательной железы (6,9%).

В Республике Таджикистан РЖ имеет тенденцию к ежегодному росту. По данным организационно-методического отдела Республиканского онкологического научного центра и Республиканского центра медицинской статистики и информации Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан в 2020 г. впервые выявлены 230 случаев РЖ, что составило 7,7%, занимая 3-е место после рака молочной железы (15,8%) и шейки матки (9,2%).

На сегодняшний день для РЖ нет четко обоснованного дополнительного лечения. Поскольку дополнительные методы лечения малоэффективны, оперативное вмешательство является единственным шансом на выздоровление.

Бронхиальная астма (БА) - хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, характеризующееся гиперреактивностью и вариабельной (обратимой) обструкцией дыхательных путей. Заболеваемость бронхиальной астмой в мире составляет от 1% до 18% в разных странах, летальность от которой составляет от 0,2% до 18%.

У больных с сопутствующей БА эндотрахеальная интубация может спровоцировать бронхоспазм, сопровождающийся острой обструкцией дыхательных путей, которая вызывает вентиляционно-перфузионные нарушения, усиливая гипоксемию и гиперкапнию. Также лекарственные препараты, применяемые во время операции (например, морфин, меперидин, D-тубокурарин), могут спровоцировать бронхоспазм.

Гиперреактивность бронхов при БА - основной фактор риска развития бронхоспазма во время оперативного вмешательства. При этом жизнеугрожающие осложнения возникают у 0,7-4,2% пациентов. В исследовании по изучению функции легких до и после интубации обнаружено снижение форсированного объема выдоха на 50% после проведенной манипуляции. Из этого следует, что пациентам с бронхиальной астмой нельзя проводить эндотрахеальную интубацию.

У больных БА основным осложнением общей анестезии является рефлекторный спазм бронхов, который может усилиться за счет образования вязкого секрета.

В связи с этим большинство авторов предпочитают местную, регионарную или общую анестезию с ИВЛ через маску.

Однако, длительные хирургические вмешательства у больных раком желудка, которые сопровождаются высокой хирургической агрессией, невозможно провести без эндотрахеального наркоза.

Заключение. У больных со злокачественными опухолями с сопутствующей бронхиальной астмой, подлежащими хирургическому вмешательству, основным фактором риска развития бронхоспазма во время эндотрахеального наркоза является гиперреактивность бронхов. В связи с этим предпочтение отдается местной, регионарной или общей анестезии с ИВЛ через маску. Однако оперативные вмешательства у онкологических больных сопровождаются высокой хирургической

агрессией и требуют длительной глубокой анестезии, что невозможно провести без эндотрахеального наркоза. В таких случаях важное значение имеет выбор препаратов для

индукции и достижения достаточной глубины анестезии перед интубацией и хирургической стимуляции. Желательно отказаться от барбитуратов и морфина.

^{1,2}Расулов С.Р., ³Сангинов Д.Р., ^{2,3}Ниязов И.К.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГРУДНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ШЕЙНОЙ ЛИМФАДЕНЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Кафедра онкологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

³Кафедра онкологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Описание случая хилёмы шейной области после радикальной шейной лимфодиссекции по поводу рака щитовидной железы и результат ее консервативного лечения.

Материал и методы исследований. Под нашим наблюдением находилась пациентка Ф., 25 лет, которой в условиях отделения общей онкологии РОНЦ с клиническим диагнозом “Рак щитовидной железы с метастазами в шейные лимфоузлы с двух сторон Ia кл. гр.” 01.12.2022 г. была произведена открытая биопсия шейного лимфоузла слева со срочной морфологической верификацией. Гистограмма (со срочной верификацией) №19709 “В присланном лимфоузле метастаз папиллярной карциномы”.

В связи с этим произведена радикальная операция в объеме фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи слева, субтотальная резекция щитовидной железы слева. Морфологическое исследование №19740 (от 12.12.2022 г.): папиллярная аденокарцинома левой доли щитовидной железы G2; метастазы аденокарциномы в 9 лимфатических узлах шейной клетчатки слева и 6 лимфатических узлах претрахеальной клетчатки справа.

Послеоперационный диагноз: “Рак щитовидной железы T2N1bM0 I стадия, II кл. гр. Состояние после операции”.

В послеоперационном периоде для поддержания функции остаточной ткани щитовидной железы и в качестве заместительной гормонотерапии пациентка получала L-тироксин из расчета 2 мкг/кг массы тела по 1 таблетке утром натощак. В ближайшие сутки после операции у пациентки была отмечена лимфорея из шейной области, которая долго

подавалась консервативным методам лечения. Больная выписана на 15-ые сутки после операции в относительно удовлетворительном состоянии.

Спустя 3 недели, пациентка обратилась с жалобами на образование в области передней поверхности шеи и левой надключичной области, головные боли и незначительную общую слабость. При осмотре на передней поверхности шеи и надключичной области слева отмечается плотное, несмещаемое безболезненное образование размерами 15×12 см. Послеоперационный рубец без признаков воспаления. По данным УЗИ шеи, в левой надключичной области и передней поверхности шеи визуализируется опухолевидное образование повышенной эхогенности d = 14,0×16,0 см. Больная госпитализирована в отделение для определения тактики лечения.

Результаты и их обсуждение. Консилиум отделения с учетом объема операции и длительной лимфореи в послеоперационном периоде решил, что у больной имеет место хилёма левой надключичной области. Больной 09.01.2023 г. под местной инфильтрационной анестезией произведено иссечение рубца над образованием, установлено наличие свернувшейся лимфы, плотной консистенции в виде творожестой массы бледно-желтого цвета размерами 8,5 × 6,5 см. После удаления образования отмечалось активное лимфоистечение из венозного угла, что соответствует месту впадения терминального отдела грудного лимфатического протока.

Пациентке проводилось открытое ведение раны с тампонирующими мазевыми повязками (левомеколем, ксероформом). В плане

комплексного лечения была проведена антибактериальная терапия цефалоспоридами III поколения, метронидазолом. Парентеральное питание готовыми растворами нутрифлекс, амминоль, аминоклазма и дегидратационная терапия растворами желатина, реосорбилакта, Рингера-лактата. В результате лимфорея поэтапно уменьшилась с 440 до 100 мл/сутки в течение 3 недель, а послеоперационная рана полностью зажила грануляцией изнутри на четвертой неделе. Больная выписана на 24-е сутки в относительно удовлетворительном состоянии.

Заключение. Осложнение в виде длительной лимфореи после шейной лимфо-

диссекции является редким, но довольно серьезным осложнением, требующим лечения. При обильной лимфореи не следует предпринимать попыток перевязки и прошивания сосудов, а надо сразу тампонировать область венозного угла салфеткой либо турундой, смоченной гемостатиками, и вести больного консервативными методами, что является методом выбора при таком роде осложнений. Необходимо внедрение навыков интервенционной хирургии по эмболизации грудного протока в случае ятрогенной лимфореи после операции на щитовидной железе и органах грудной клетки.

*Рахимова С.У., Нуров З.Х., Кандаков О.К.,
Фарзона Иброхим, Ашуров Д.М.*

МИНИИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ ГЦ СМП РТ

Цель исследования. Оценить эффективность применения миниинвазивной методики лечения жидкостных образований поджелудочной железы вследствие панкреонекроза.

Материал и методы исследований. В 2020-2022 гг. в ГУ ГЦСМП на базе кафедры хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ были обследованы и выявлены у 16 больных жидкостные образования абдоминального пространства, которым проведены оперативные вмешательства миниинвазивным методом под ультразвуковым контролем.

Среди наблюдавшихся женщин было 4 (14%), мужчин - 12 (86%). Возраст пациентов составил 21 - 49 лет. Размеры кист варьировали от 50 мм до 200 мм в диаметре.

Всем больным проведено ультразвуковое исследование, а также дополнительные методы диагностики, такие как КТ, ультразвуковая доплерография, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, определение диастазы мочи, амилазы крови.

Исследование больных проводилось на аппарате HITACHI EUB-7500. Пункция кист производилась иглой СНІВА 18G. Для дренирования в основном применял-

ся дренажи UROMED. Размер дренажных трубок подбирали индивидуально от 10 до 16 FR.

Результаты и их обсуждение. Миниинвазивный метод сочетает в себе достоинства пункционного вмешательства, отсутствие общей анестезии, малую травматичность, доступность, снижение количества послеоперационных осложнений, возможность выполнения процедуры амбулаторным больным, экономическую эффективность и простоту выполнения.

Минимальная инвазивность доступа позволила избежать раневых осложнений (нагноение раны), являющихся частыми при открытых вмешательствах. Далее нами под контролем УЗИ выполнена пункция жидкостных образований, таких как киста, абсцесс, гематома с последующим дренированием их полости.

У 6 пациентов с панкреонекрозом изначально было выполнено лапароскопическое вмешательство с ревизией органов брюшной полости с дренированием сальниковой сумки и брюшной полости. В последующем этим больным были выполнены пункция и дренирование кисты абдоминального пространства под контролем УЗИ. 10 больным

после консервативного лечения произведено пункционное дренирование под контролем ультразвука.

У одного больного выявлена гематома забрюшинного пространства, в последующем производилось дренирование полости гематомы. У одного пациента развилось кровотечение во время дренирования кисты, полость кисты промывалась охлажденным

раствором декасана и вводилась аминокaproновая кислота.

Заключение. Наиболее эффективным методом хирургического лечения панкреатических кист при хроническом панкреатите является использование миниинвазивной методики, пункция под контролем УЗИ, что является альтернативой открытым вмешательствам.

Рустамова М.С., Маризоева М.М., Нейматзода О., Нуридинова Н., Сангинова Г.С.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

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

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Цель исследования. Изучить особенности менструальной и детородной функций женщин с заболеваниями надпочечников.

Материал и методы исследований. Проведено проспективное рандомизированное обследование 73 женщин в ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» и в ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» за период 2022-2023 гг. Критериями включения в основную группу были: репродуктивный возраст, небеременные, заболевание надпочечников, ранее нелечившиеся. Критерии отбора в контрольную группу являлись: репродуктивный возраст, нормальная репродуктивная функция, отсутствие заболеваний надпочечников. Критериями исключения из основной и контрольной групп были: беременные, ранее леченные, наличие пороков развития гениталий, острые или рецидивы соматической и гинекологической патологии, онкологических заболеваний и аллергоз.

Все женщины были информированы и дали свое добровольное согласие для участия в исследовании.

В основную (I) группу вошли 48 женщин с заболеваниями надпочечников, во вторую, контрольную, группу были включены 25 практически здоровых женщин с нормальной менструальной и детородной функциями.

Изучались жалобы, анамнез жизни и заболевания, характер становления и нару-

шения менструальной и детородной функций, производились общеклиническое и лабораторное исследования с определением в крови содержания кортизола (утром и вечером), АКТГ, ЛГ и ФСГ, метанефринов, ренина и альдостерона. Функциональные методы исследования включали ультразвуковое исследование матки, придатков, топическая диагностика осуществлялась при помощи ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) надпочечников с внутривенным контрастированием.

Статистическую обработку проводили с использованием программы SPSS Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. Возраст пациенток варьировал от 19 до 43 лет, составив в среднем $28,2 \pm 5,6$ лет и $30,1 \pm 3,4$ лет в I и II группах соответственно ($p > 0,05$). Все обследованные женщины находились в браке. При анализе менструальной функции у всех (100%) пациенток основной группы установлено нарушение менструальной функции, что оказалось достоверно ($p < 0,001$) выше в 5 раз, по сравнению с женщинами контрольной группы (5/20,0%), по-видимому, это обусловлено критериями выбора женщин в контрольную группу. Наиболее часто обследованные обеих групп указали на дисменорею (17/35,4% и 3/12,0% соответственно; $p < 0,05$) и постпонирующий цикл (11/22,9% и 2/8,0% соответственно), при этом разница величин была достоверно выше в 3 и 2,9 раза ($p < 0,05$) соответственно. Менорагия

(20/41,7%), гиперменструальный синдром (43,8%), гипо- и опсоменорея с переходом в аменорею (14,5%) были выявлены только у женщин I группы. Таким образом, для женщин с патологией надпочечников характерна высокая частота нарушений овариально-менструального цикла.

Детородная функция женщин основной группы характеризовалась высокой частотой первичного (39/81,2%) и вторичного бесплодия (9/18,8%). При наступлении беременности у 37/77,1% женщин беременность закончилась прерыванием гестационного процесса в сроках от 4 до 21 недели, а в двух случаях - внутриутробной гибелью плода в сроках 22 и 26 недель беременности. Следовательно, у обследованных женщин с заболеваниями надпочечников выявлен низкий репродуктивный потенциал, обусловленный бесплодием и невынашиванием беременности.

Длительность заболевания у обследованной когорты женщин основной группы в среднем составляла $6,7 \pm 1,5$ лет. По данным анамнеза, жалоб, клинического течения, гормональных и функциональных методов исследования у женщин основной группы были выявлены феохромоцитома (ФХЦ), синдром Конна (СК) и Иценко-Кушинга (СИК). При гинекологическом осмотре наружных половых органов у 17/35,4% обследованных пациенток с СИК выявлена ложная их гипертрофия, обусловленная отеком подкожно-жировой клетчатки. При влагалищном исследовании у больных с

СИК установлены вторичные изменения слизистой влагалища по типу сухости и атрофии, что обусловлено подавлением функции женских гормонов.

Лучевые методы исследования позволили определить точную локализацию опухоли надпочечников, состояние контрлатерального надпочечника, а также яичников. У пациенток с СИК в 12 случаях была установлена левосторонняя локализация опухоли, в 8 - правосторонняя кортикостерома. Феохромоцитома у 9 пациенток имела правостороннюю, у 10 - левостороннюю и в 2 случаях - двухстороннюю локализацию. Альдостеромы у женщин с синдромом Конна в 3 случаев имели правостороннюю и в 4 наблюдениях - левостороннюю локализацию. При УЗИ матки и её придатков у пациенток с СИК выявлена гипоплазия матки, изменения толщины эндометрия (М-Эхо) и кистозные изменения яичников, в то же время у пациенток с ФХЦ и СК аналогичная патология не выявлена. Следует отметить, что при запущенных стадиях заболевания изменения носят необратимый характер и около 50% женщин теряют способность к зачатию.

Заключение. У женщин с заболеваниями надпочечников выявлена высокая частота нарушений менструальной и детородной функций в виде гиперменструального и гипоменструального синдромов, бесплодия и невынашивания беременности, что свидетельствует об их низком репродуктивном потенциале.

*Рустамова М.С., Назарова А.Р., Ходжаева С.А.,
Аджикова Т.И., Абдулбакиева З.А.*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

Цель исследования. Изучить частоту и виды осложнений гестационного периода у женщин с метаболическим синдромом.

Материал и методы исследований. Проспективно сплошным методом обследованы 64 беременные женщины в сроках беременности от 6 до 40 недель, госпитализированных в отделения патологии беременности Государственного учреждения «Таджикский научно-исследовательский

институт акушерства, гинекологии и перинатологии».

Все женщины были информированы и дали свое добровольное согласие для участия в исследовании.

Обследованные женщины были распределены на 2 группы: пациентки с компонентами метаболического синдрома (МС) составили I - основную группу, женщины без метаболического синдрома - II группу сравнения.

Производились: общий и акушерский осмотр, общеклинические исследования, оценка индекса массы тела (ИМТ) по Брею, исследования углеводного (инсулин, глюкоза, гликозилированный гемоглобин) и липидного обменов (общий холестерин, триглицериды (ТГ), липопротеиды – высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности), также содержание общего белка и витамина D иммуноферментными методами. Функциональные исследования проводились путем ультразвукового исследования плода и доплерометрии.

Статистический анализ полученных результатов выполнялся с помощью компьютерной обработки с использованием пакета Statistica 6.0 (Star Soft Inc., USA).

Результаты и их обсуждение. Из общего количества обследованных в основную группу вошли 47 (73,4%) женщин, которые имели 2 и более компонентов МС и 17 женщин (26,6%) не имели проявления нарушений основного обмена. Возраст обследованных колебался от 21 до 42 лет в обеих группах, в среднем составляя $32,5 \pm 1,2$ лет и $31,4 \pm 0,94$ лет соответственно, то есть женщины обеих групп по возрасту не отличались. В I (6–12 недель гестации) триместре находились - 17/26,6%, во II (13-27 недель гестации) – 18/28,1% и в III (28-40 недель гестации) триместре – 29/45,3% обследованных женщин, то есть преобладали женщины поздних сроков беременности.

Оценка индекса массы тела женщин выявила, что подавляющее большинство (47/73,4%) имели повышенную массу тела, при этом избыточная масса тела установлена у 27/42,2% и ожирение различной степени - у 20/31,3% женщин, преобладало ожирение I степени (14/70%), а ожирение II и III степеней составили 4/20% и 2/10% соответственно. Женщин с нормальной массой тела было всего 15/23,4% и лишь 2/3,1% пациентки имели дефицит массы тела. Следовательно, большинство обследованных женщин имели повышенную массу тела, что указывает на наличие изменения жирового обмена в их организме.

Результаты исследования показали сочетание повышенной массы тела с другими компонентами метаболического синдрома среди женщин основной группы. Так, наиболее часто были выявлены изменения углеводного, белкового и липидного обменов. Нарушения углеводного обмена проявлялись повышением в крови уровней инсулина (43/89,6%), гликозилированного гемоглобина (16/34,0%) и глюкозы (9/19,2%). Гипопротеинемия была

установлена у 29/61,7%, превышая аналогичный показатель женщин группы сравнения в 2,6 раза (23,5%). Изменение липидного обмена у обследованных женщин проявлялся в виде холестеринемии (27/57,4%); повышения ЛПНП (29/61,7%) и триглицеридов (17/36,2%), снижения ЛПВП (30/63,8%). Таким образом, у женщин основной группы на фоне повышенной массы были выявлены компоненты метаболического синдрома, указывающие на нарушения белкового, углеводного и липидного обменов.

Учитывая важную роль витамина D, который является одним из метаболических и анаболических гормонов, у 25 женщин основной группы была определена его концентрация в сыворотке крови, а полученные данные заслуживают особого внимания. Адекватное его количество было выявлено лишь у двух пациенток - 30,07 нг/мл и 39,09 нг/мл, у остальных 23 (88,5%) пациенток концентрация витамина D находилась на уровне его дефицита и недостаточности с амплитудой колебания от $<3,0$ до 30 нг/мл, в среднем составляя 7,2 нг/мл. Результаты исследований указывают на наличие у женщин, страдающих метаболическими нарушениями, высокой частоты гиповитаминоза D.

Гестационный процесс у женщин основной группы протекал на фоне высокой частоты осложнений беременности. У обследованных женщин с МС и группы сравнения были выявлены: ранний токсикоз (16/34,0% и 3/17,6%; $p < 0,05$); угрожающие выкидыши и преждевременные роды (23/48,9% и 4/23,5%; $p < 0,05$), патология околоплодных вод (11/23,4% и 2/11,8%; $p < 0,01$), плацентарная недостаточность (10/21,3% и 2/11,8%; $p < 0,05$); нарушение кровотока в маточно-плацентарно-плодовом комплексе (12/25,5% и 2/11,8%; $p < 0,01$); гипертензивные нарушения (умеренная и тяжелая преэклампсия 14/29,8 и 1/5,9%; $p < 0,017$); синдром задержки развития плода 8/17,0% и 1/5,9%, $p < 0,01$); самопроизвольные выкидыши (15/31,9% и 3/17,6; $p < 0,001$; соответственно в основной и группе сравнения).

Следовательно, у женщин с метаболическим синдромом отмечается высокая частота осложнений гестационного периода. Наиболее чувствительными маркерами метаболических нарушений у этих женщин являются повышенная масса тела, гипопротеинемия, дислипидемия, инсулинорезистентность, гиповитаминоз D, которые указывают на необходимость своевременного проведения коррекции липидного,

белкового и углеводного обменов, что позволит снизить у них частоту осложнений беременности.

Заключение. У женщин с метаболическим синдромом в гестационном периоде

выявлена высокая частота осложнений беременности, возможно, обусловленная метаболическими нарушениями жирового, липидного, белкового и углеводного обменов, а также гиповитаминозом D.

Сайдуллоев Л., Темуров З.А., Назаров З., Сайфуллоев К.У.

ЭКСТРЕННАЯ ДИСТАНЦИОННАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ЛИТОТРИПСИЯ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ

Кафедра урологии и андрологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение результатов выполненной в экстренном порядке дистанционной литотрипсии камней мочеточников различной локализации и размеров.

Материал и методы исследований. В отделении урологии ГУ ГЦ СМП г. Душанбе за последнее 10 лет по экстренным показаниям госпитализировано 780 больных с камнями мочеточников различной локализации и размеров. Время госпитализации с момента приступа почечной колики составляло от 2 до 24 часов. Размер конкрементов варьировал от 0,6 до 1,5 см. Мужчин было 624 (80%), женщин - 156 (20%). С правосторонней локализацией конкрементов поступило 312 (40%) больных, с левосторонней - 468 (60%). С камнями верхней трети мочеточника госпитализировано 507 (65%) пациентов, средней трети - 15 (2%) и нижней трети мочеточника - 257 (33%), средний возраст составил 38 лет (18-73).

Всем больным проведено комплексное клиническое обследование. С целью определения локализации и размера конкрементов произведена обзорная R-графия мочевыводящих путей. УЗИ мочевыводящих путей проводилось в качестве скрининга и определения состояния верхних мочевых путей. Экскреторную урографию проводили для определения функциональной способности почек, анатомических особенностей чашечно-лоханочной системы и проходимости верхних и нижних мочевых путей.

Дистанционная уретеролитотрипсия проведена литотриптором «Siemens. Modularis. Uro Plus». В процессе сеансов литотрипсии использовано среднее количество ударных волн - от 400 до 3500 ударов, средний уровень ударных волн достигала от 1,5 до 3,7 ед., средняя частота ударных волн 90 ударов

в/мин. Среднее время длительности сеансов составило от 4,5 до 45 мин. Адекватное обезболивание при проведении литотрипсии достигалось внутривенным введением наркотических средств (фентанил+промедол).

Результаты и их обсуждение. В результате проведенных сеансов литотрипсии у 759 (97,3%) больных отмечалась эффективная литотрипсия с удовлетворительной дезинтеграцией и хорошим отхождением конкрементов.

В 124 случаях (16%) для усиления процесса отхождения конкрементов кроме литокинетической терапии назначено физиолечение в виде «интрафона». Из-за высокой структурной плотности камней только в 17 (2,3%) случаях переходили на конверсию. В 140 (17,9%) случаях потребовались повторные сеансы литотрипсии, после которых отмечалось удовлетворительное отхождение конкрементов.

Из осложнений литотрипсии в 319 (40,8%) случаях отмечалась «каменная дорожка» без полной обструкции мочевых путей, которая разрешилась консервативным путем. В 436 (55,8%) случаях отмечалась гематурия различной степени интенсивности, которая носила кратковременный характер и не нуждалась в гемостатической терапии. Средняя длительность пребывания больных на койке составила 4 (1-8) дня.

Заключение. Анализ исследования позволяет сделать вывод о том, что дистанционная уретеролитотрипсия является методом выбора при лечении камней мочеточников. ДУВЛ является высокоэффективным неинвазивным методом лечения, заметно уменьшающим период временной нетрудоспособности больных, имеют низкий процент осложнений, по сравнению с хирургическими методами операции.

¹Сатторов В.Т., ²Муродов Ш.М., ³Ашуралиев Ш.Х., ³Улмасов Х.Х., ¹Қосимов З.К.

БЕҲИСКУНИИ ҲАРОММАҒЗӢ ДАР ҶАРРОҲИИ БУРИШИ ҚАЙСАРӢ

¹Кафедраи анестезиология ва реаниматологияи МДТ ДТБКСТ ҚТ

²Беморхонаи клиникаи вилояти Хатлон ба номи Бурӣ Воҳидов

³Маркази перинаталии шаҳри Бохтар

Муҳимият. Дар тибби муосири ҷаҳон ҷарроҳии буриши қайсари аз ҷумла дар ИМА 97%, дар Аврупо 95% тахти беҳискунии регионарӣ, хусусан беҳискунии ҳароммағзӣ гузаронида мешавад.

Маводҳо ва усулҳо. Давоми 6 моҳи соли 2022 дар шуъбаи таваллудии беморхона 983 ҷарроҳии буриши қайсарӣ гузаронида шудааст, ки аз ин 886 ҷарроҳӣ тахти беҳискунии ҳароммағзӣ (90,1%) ва 97 то тахти беҳискунии умумӣ (9,9%) гузаронида шуда аст.

Сину соли беморон аз 19 то 35 соларо ташкил дод. Буриш ҳангоми ҷарроҳӣ дар 90% ҳолатҳо қундаланги болои қовуқ ва дар боқимонда ҳолатҳо – хати сафеди шикам аз ноф поён мебошад, хавфи беҳисунӣ I-III дараҷа бо ASA муайян карда шуд.

Дар 90% ҳолатҳо ҳомилазанҳо гирифтори камхунӣ ва дар 40% ҳолатҳо гирифтори преэклампсияи миёна ва вазнин буданд. Пешдармони стандарти дар 70% ҳолатҳо истифода нашудааст.

Беҳискунии дар шароити қатъии асептикӣ бо маҳдули Бупивакаин 0,5% аз 10 мг то 12,5 мг бо сӯзани ҳароммағзии 24-25G миёни муҳраҳои L3-L4 дар 90% ҳолат ва дар 10% ҳолатҳои боқимонда миёни муҳраҳои L4-L5 гузаронида шудааст. Мавқеи бемор дар кати ҷарроҳӣ ҳангоми пунксияи канали ҳароммағз дар 80% ҳолат ба паҳлуи чап ва дар 20% ҳолат мавқеи нишаста буд.

Натиҷа. Сатҳи анестезия дар 97% ҳолат то Th10-12 - L1- расида шароити хуби ҷарроҳиро фароҳам овард ва дар 3% ҳолат эҳтиёҷ ба омезиш додани беҳискунии регионарӣ бо беҳискунии воридаи варидӣ пеш омад. Бо ин

мақсад маҳдули кетамин аз ҳисоби 1-1,5 мг/кг истифода бурда шуд.

Оризаҳои вазнин мушоҳида нашуданд. Дар 40% ҳолат баъди гузаронидани беҳискунии ҳароммағзӣ пастшавии фишори шараёнӣ мушоҳида гардид. Фишорпасти дар ҳолате ҳисобида шуд, ки пастшавии фишори шараёнӣ зиёдтар аз 25%-ро нисбат ба сатҳи то оғози беҳискунии ташкил дод. Фишорпасти бо зиёд намудани суръати гузаронидани маҳлулҳои Рингер ва хлориди натрий 0,9% ва дар 3 ҳолат бо истифодаи мезатон бартараф карда шуд. Брадикардия (<50 зарба дар як дақиқа) дар 6% ҳолат мушоҳида карда шуд, ки бо истифодаи атропин 0,5 мл бо зудди бартараф карда шуд. Дилбехузурӣ дар 16 ҳолат, қайдкунӣ дар 4 ҳолат ба назар расид, ки истифодаи дорувориро талаб накард ва мустақилона дар муддати кӯтоҳ гузаштанд.

Дар 30 нафар (4,6%) беморон дар марҳилаи баъди беҳискунии дарди сар мушоҳида гардид, ки бо табобат аз рӯи стандартҳо – бо ситрамон, бисёр нӯшонидан ва риояи речаи бистарӣ дар давоми 24-48 соат табобат карда шуд.

Ҳаҷми умумии инфузияи маҳлулҳои Рингерва хлориди натрий 0,9% 1000-1500 мл-ро ташкил дод. Давомнокии анестезия аз 2 то 3 соат ва бо истифодаи фентанил то ба 4 соат расонида шуд.

Хулоса. Беҳискунии ҳароммағзӣ дар ҳама ҳолатҳои таҳлилшуда усули интиҳоби буда, хусусан дар ҷарроҳии буриши қайсарӣ, чунки ин намуди беҳискунии барои модар ва тифл камхавф буда шароити мусоид барои ҷарроҳӣ фароҳам меорад.

Сироджзода К.Х., Рабиев Х.Х., Бегов А.Х., Ҳукуматов М.И.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ФОНЕ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов артропластики коленного сустава по клинико-рентгенологическим признакам.

Материал и методы исследований. Работа основана на анализе результатов диагностики и лечения 51 пациента с дистрофическими поражениями коленного сустава II и III степеней. Женщины составили 27 (52,9%), мужчины – 24 (47,1%) человека. Срок наблюдения за больным составляет от 2 до 5 лет.

Необходимые диагностические мероприятия всем больным проводились амбулаторно на догоспитальном этапе, включая антропометрические параметры, лабораторно-инструментальные и лучевые методы исследования. Лучевая диагностика включает в себя рентгенографию в стандартных положениях, КТМРТ и рентгеновскую денситометрию для определения плотности кости.

Согласно классификации Kellgren и Lawrence (1982), которая предназначена для оценки тяжести деформирующего артроза коленного сустава, деформация 2 стадии диагностирована у 22 (43,1%) и 3 стадии – у 29 (56,9%) пациентов.

Операция производилась после соответствующей подготовки, без кровоостанавливающего жгута, всем проводилась проводниковая анестезия, положение больного стандартное на спине, конечность в коленном суставе согнута под 90°, с наложением боковой опоры. Во всех случаях выполнена тотальная артропластика коленного сустава с использованием имплантатов фирмы Zimmer Nex Gen «Zimmer».

Особенностью артропластики сустава с использованием указанного эндопротеза является удаление задней крестообразной связки, хотя сохранение задней крестообразной связки обеспечивает стабильность заднего связочного аппарата. Мобилизация пациента осуществлена на второй день, которую начинали с пассивных и активных движений в коленном суставе, с третьего дня больным разрешали ходьбу с дозированной нагрузкой на оперированную конечность.

Объем исследования и оперативное лечение всем больным проведено соответственно требованиям Комитета по биоэтике Академии медицинских наук Республики Таджикистан (2017) и соответствует требованиям Хельсинкской декларации (2013). У всех пациентов брали добровольное письменное информированное согласие для участия в научном анализе их данных и операции по замене сустава.

Для оценки исхода травм и заболеваний

коленного сустава мы использовали шкалу Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS, 1990). Для оценки исходов артропластики коленного сустава и функциональных результатов мы ориентировались на шкалу Oxford Knee Score (1998).

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показывают, что среди исследуемых пациентов преобладающей причиной возникновения болезни были идиопатические артрозы II и III степеней - у 17 (33,3%); ревматоидные полиартриты - у 13 (25,5%) и посттравматические артрозы - у 21 (41,2%). В процессе операционного планирования выявлено, что у всех пациентов отмечалась выраженная контрактура в коленном суставе смешанного характера. Средняя амплитуда движений в коленном суставе составляла $41,3 \pm 25,3^\circ$. Средний балл, который был получен на стадии планирования, согласно шкале исхода травм и остеоартроза коленного сустава Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS, 1990): «клинический признак - боль» составлял $33,17 \pm 3,2$; «ежедневная физическая активность» – $42,41 \pm 2,3$; «клиническое проявление и контрактуры» – $42,3 \pm 2$; «качество ежедневной жизни» – $2,7 \pm 1,2$. По результатам рентгенологической диагностики у всех пациентов отмечалась выраженная деформация конечностей, преимущественно за счет костей голени (составляя $12,1 \pm 8,7^\circ$).

Ближайшие послеоперационные результаты артропластики коленного сустава оценены по шкале Oxford Knee Score (1998). Принималось во внимание, что «идеальный» функциональный результат (12 баллов) приравнивался к нулевой отметке. Если до операции по всем выделенным четырем группам средний балл составлял 51 (соответственно по группам 53-53-50-49) из максимальных 60, то через 6-7 месяцев после операции он составил 16 баллов (17-15-17-19, соответственно), что говорит о хорошем функциональном результате.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения в виде краевого некроза кожи возникли у одного пациента, поверхностное нагноение ран – у 2, синовиты наблюдались у 3-х больных.

В отдаленном периоде положительные функциональные результаты получены у 49 (96,1%) пациентов: из них отличные были у 29 (56,9%), хорошие – у 20 (39,2%), удовлетворительные – у 2 (3,9%). Удовлетворительные результаты у больных обусловлены тяжелой патологией смежных суставов и позвоночника. Функциональная оценка коленного сустава составила в среднем 87 баллов.

Заключение. Таким образом, артропластика сустава является перспективным, надежным и эффективным способом оперативного вмешательства при дистрофических

поражениях коленного сустава, который в короткие сроки обеспечивает опороспособность и функциональные обязанности сустава.

Сиродждода К.Х., Рабиев Х.Х., Дустов Х.С., Махмадалиев Б.Г.

РОЛЬ УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫХ НАКОСТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ НЕСТАБИЛЬНОГО ПЕРЕЛОМА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ТРАВМОЙ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения нестабильных переломов бедра при множественной травме.

Материал и методы исследований. Работа основана на анализе результатов лечения 83 пациентов с сочетанными переломами нижних конечностей за период 2015-2021 гг. Для сравнительной оценки полученных результатов лечения пострадавших разделили на 2 группы: основную и контрольную. В основной группе 36 (43,4%) пострадавших, у которых остеосинтез проводился с помощью модифицированных на костных пластинах с угловой стабильностью. Во вторую, контрольную группу, были включены 47 (56,6%) больных, у которых использовали общепризнанные на костные имплантаты.

Необходимо указать, что на госпитальном этапе всем пострадавшим проспективной группы с целью временной фиксации перелома, профилактики синдрома жировой эмболии и проведения дополнительных диагностических мероприятий и лечения других органов, а также предоперационной подготовки и транспортабельности накладывали аппарат внешней фиксации (АВФ).

Результаты исследования показывают, что в сравниваемых группах преобладают лица мужского пола (61,4%) и трудоспособного возраста. В оптимальные сроки в плане эффективности оказания специализированной помощи (до 1-го часа) обратились 69,9% пациентов. В структуре травматизма преобладает дорожно-транспортный травматизм (57,8%).

Критериями рандомизации в сравниваемых группах для получения достоверных данных были: наличие перелома бедра в структуре множественной травмы, локализа-

ция и характер перелома, тяжесть состояния и повреждения, а также возраст больных и соматическая патология.

Кроме физикального осмотра, для обследования больных были использованы клинические методы, лучевой мониторинг, включая рентгенографии, КТ и УЗИ органов. Лабораторный мониторинг проводился для определения группы и показателей красной крови, эффективности проводимой терапии, показаний для гемотрансфузии и объема инфузионных растворов в остром периоде травмы. Для определения тяжести травм и состояния больных, степени шока, объема кровопотери и других витальных нарушений были использованы объективные балльные шкалы, в частности шкала AIS (1970 -1990 г.).

Кроме лабораторно-инструментальных методов исследования, для определения тяжести перелома и выбора фиксатора основывались на классификации переломов по АО/ASIF (1993).

Результаты и их обсуждение. В сравниваемых группах наблюдались простые переломы типа 33A1 - соответственно в 18 (21,7%) и 23 (27,7%) случаях, переломы типа 33A3 – в 11 (13,2%) и 14 (16,9%), переломы типа 33B2 – в 5 (6,0%) и 6 (7,2%) и типа 33C1 – в 2 (2,4%) и 4 (4,8%).

На сроки проведения операции и имплантата влияли тяжесть импакционного синдрома (тяжесть травматического шока), доминирующее повреждение и тяжесть полиорганной дисфункции. Фиксация с помощью аппарата внешней фиксации проведена всем больным основной группы, из них первые в 3 часа с момента обращения в 24 (66,7%) случаях и в 12 (33,3%) случаях - на фоне проведения соответствующей инфузионно-трансфузионной терапии шока и

стабилизации жизненных показателей при доминировании повреждения полосных органов.

Целью использования АВФ в остром периоде является лечебно-транспортная иммобилизация пострадавшего, устранение источника ферментативной агрессии и эндотоксикоза, синдрома взаимного отягощения и полиорганной дисфункции. При открытом характере перелома произведена сберегательная хирургическая обработка ран до наложения стержневого аппарата.

Окончательный остеосинтез пластиной с угловой стабильностью на 3-е сутки проведен у 17 (47,2%) пациентов, на 5-е сутки – у 12 (33,3%) и на 12-е сутки – у 7 (19,5%) пострадавших.

В контрольной группе тактика лечения переломов заключалась в применении общеизвестных традиционных способов консервативного и оперативного лечения. В остром периоде остеосинтез АВФ был проведен в 12 (25,5%) случаях. Накостный остеосинтез с использованием кортикальной пластиной произведен в 24 (51,1%) случаях, интрамедулярный остеосинтез - в 13 (27,6%), лечение переломов скелетным вытяжением - у 10 (21,3%) больных.

В остром периоде травмы чаще наблюдались осложнения местного характера. Ранние осложнения в виде кровотечения из ран отмечены соответственно в 5,5% и 6,4% случаях, гнойное воспаление послеоперационных ран - в 8,3% и 10,6% случаях, компартмент-синдром голени – 8,3% и 14,9%, функциональная задержка мочи – в 2,7% и 8,5%. Жировая гиперглобулемия выявлена соответственно у 13 (15,7%) и 14 (16,9%) больных, клинические проявления были отмечены у 1 больного контрольной группы, исход благоприятен. Посттравматический остеомиелит развился в 4,3% случаях ретроспективной группы.

Всем больным проводилось динамическое наблюдение - 1 раз в течение 6 месяцев, 1 года и 2-х лет с момента остеосинтеза и консервативного лечения. Хорошие функциональные результаты лечения получены соответственно у 24 (28,9%) и 19 (22,9%), удовлетворительные - у 11 (13,2%) и 23 (27,7%), неудовлетворительные – у 1 (1,2%) и 5 (6,0%) больных. Причины неудовлетворительных результатов лечения у пациентов ретроспективной группы - неправильно сросшиеся переломы, контрактуры крупных суставов и укорочение конечности.

Выводы. Миниинвазивный остеосинтез нестабильных переломов бедра с помощью модифицированной пластины при множественной травме обеспечивает функциональную фиксацию отломков, что исключает использование дополнительной наружной фиксации, в функциональном отношении позволяет раннее активное движение в суставах и ускоряет физиологическую регенерацию отломков.

Заключение. Миниинвазивный остеосинтез нестабильных переломов бедра с помощью модифицированной пластины при множественной травме обеспечивает функциональную фиксацию отломков, что исключает использование дополнительной наружной фиксации, в функциональном отношении позволяет раннее активное движение в суставах и ускоряет физиологическую регенерацию отломков.

Сироджода К.Х., Сафаров А.Х., Махмадалиев Б.Г., Дустов Х.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ИСХОДЫ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения переломов конечностей при сочетанной травме.

Материал и методы исследований. Проведен анализ результатов хирургического лечения 79 пациентов с сочетанной травмой конечностей за 2015-2018 гг. Из них мужчин было 43 (54,4%), женщин - 36 (45,6%). Средний возраст составил 47 ($\pm 3,6$) лет.

В структуре травматизма преобладали лица мужского пола и трудоспособного возраста, что свидетельствует о социальной и экономической значимости обсуждаемой проблемы.

Для сравнительной оценки полученных результатов больных разделили на 2 группы: основную и контрольную. В основную группу вошли 37 (46,8%) больных, у ко-

торых был использован малоинвазивный остеосинтез.

Остеосинтез конечностей проводился с учётом повреждений доминирующего органа, тяжести состояния и повреждений. В оптимальные сроки, то есть в первые 3-е суток с момента травмы, остеосинтез конечности произведен у 23 (62,2%) пострадавших. В отсроченном порядке остеосинтез выполнен в 14 (37,8%) случаях, это было связано с тяжестью доминирующего повреждения других органов.

Во вторую контрольную группу вошли 42 (53,2%) больных, у которых лечение переломов конечности проводилось с использованием общеизвестных способов остеосинтеза.

В структуре сочетанной травмы доминировал дорожно-транспортный травматизм - 60,7%.

Тяжесть травмы и состояние больных, степень шока и другие витальные нарушения оценены с помощью существующих объективных критериев оценок. Для оценки тяжести травм была использована шкала AIS (Abbreviated Injury Scale – сокращённая оценка травмы, 1971 г.) и тяжесть черепно-мозговой травмы (ЧМТ) по шкале комы Глазго (1974).

Всем больным проводилась оценка показателей визуального осмотра, получены результаты клинко-лабораторных тестов, лучевой диагностики и инструментальных методов исследования.

Результаты и их обсуждение. Стержневой остеосинтез с целью временной иммобилизации и стабилизации области перелома без предварительной репозиции отломков произведен у 20 пострадавших. Первичная хирургическая обработка ран выполнена у 8 больных: в 2 случаях наложен аппарат Илизарова и у 6 – стержневой аппарат. Система скелетного вытяжения налажена у 2 больных при выраженном расхождении костных отломков, временные гипсовые иммобилизации – у 7 пациентов.

Окончательный остеосинтез интрамедуллярным штифтом проводился после выхода больных из критического состояния и стабилизации жизненных органов (на 3-4-е сутки). При выраженной эндогенной интоксикации и стадии иммунодефицита во избежание нежелательных угрожающих осложнений, характерных для 2-ой стадии травматической болезни (5-10-е сутки), окончательный остеосинтез производился в начале 3-й стадии, то есть, на 18-20-е день с момента получения травмы.

Тактика хирургического подхода при лечении переломов конечностей у больных в контрольной группе заключалась в использовании общеизвестных способов консервативного и хирургического лечения. В отсроченном порядке остеосинтез с использованием пластиной выполнен у 23 больных, интрамедуллярный штифтом – у 11, аппаратом наружной фиксации – у 5. Консервативное лечение переломов с использованием гипсовых повязок проведено у 3 пострадавших.

Ранняя мобилизация больных у пострадавших основной группы осуществлена на 2-3-е сутки благодаря использованию малоинвазивной технологии, в контрольной – на 20-25-е сутки с момента операции.

В отдаленном периоде осложнения дегенеративно-дистрофического характера - неправильно сросшийся перелом - отмечены у 4, укорочение конечности – у 3, ложные суставы - у 2 больных, деформация конечности – у 2 пациентов контрольной группы. В основной группе тромбоз глубоких вен голени развился у 3 пациентов, поверхностное нагноение ран – у 3 и смешанная контрактура коленного сустава – у 2 больных.

Заключение. Малоинвазивный остеосинтез конечностей в раннем посттравматическом периоде позволяет с минимальными травмой мягких тканей и кровопотери обеспечить стабильную фиксацию отломков, сократить число койко-дней и ускорить сращение перелома.

¹Солиджанова Х.Т., ²Кахаров М.А., ²Окилов Х.Д., ¹Рузиев М.Р.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

¹Отделение эндоурологии и эндохирургии Согдийской областной клинической больницы имени С. Кутфиддинова.

²Кафедра хирургии с курсом топографической анатомии Худжандского отделения ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Показать преимущество лапароскопической TAPP технологии при паховой герниопластике.

Материал и методы исследований. В исследование были включены 10 пациентов мужского пола с паховой грыжей, возраст которых составлял от 25 до 73 лет, что, действительно, показывает социальную актуальность проблемы оперативного лечения трудоспособного населения. Все пациенты, включенные в анализ, были оперированы по плановым показаниям. В анализе учитывались рецидивные грыжи, которые отмечались у 6 пациентов, также включены пациенты с симультанно проведенными операциями - 3 (лапароскопическая холецистэктомия).

Распределение пациентов по группам осуществлялось согласно классификации L. Nyhus. Среди оперированных у 6 пациентов (60%) отмечалась грыжа типа IIIa с односторонней локализацией, у остальных 4 пациентов (40%) – II типа, также с односторонней локализацией. Все больные были госпитализированы накануне оперативного вмешательства после полноценного комплексного обследования. Оперативное вмешательство проводилось под общей комбинированной анестезией. Для анализа полученных данных учитывали длительность операции, послеоперационные осложнения, длительность пребывания в стационаре и субъективное ощущение пациентов по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) (от 0 до 10 баллов, где 0 – абсолютное здоровье, 10 – крайняя степень боли и дискомфорта).

Результаты и их обсуждение. На сегодняшний день заболеваемость наружными паховыми грыжами составляет, по данным ВОЗ, до 50 случаев на 1000 населения. При этом отмечается стойкая возрастная детерминанта: до 25-34 лет частота не превышает 14 на 1000 населения, а в среднем и пожилом возрасте многократно увеличивается. Среди наружных грыж на долю паховых приходится до 60-70%, что составляет 4-6% оперативной активности общехирургических стационаров. На сегодняшний день технология TAPP (трансабдоминальная преперитонеальная лапароскопическая герниопластика) применяется все чаще, отвоевывая пальму первенства у операции Lichtenstein, где пластика задней стенки пахового канала осуществляется открытым ненапряжным способом.

Оперативное вмешательство проводилось по стандартной трехпортовой методике с размещением троакарной оптики параумбиликально и двух 5 мм троакарных

параумбиликально. Отсепаровка брюшины выполнялась с помощью холодной и электрокоагуляционной диссекции. В 8 случаях грыжевой мешок был выделен полностью путем тракции и контртракции, в 2 случаях, когда полностью мобилизовать грыжевой мешок не удалось вследствие грубого спаечного процесса в результате первичной операции, последний был иссечен. Для пластики использовали сетчатый трансплантат Ethicon Prolene размерами 10,0 × 15,0 см, Mesh adhesix bard, который низводили в брюшную полость через 10-мм троакар. Фиксация трансплантата и перитонизация при всех оперативных вмешательствах выполнялась при помощи эндогерниостеплера ProTack. С целью отслеживания профилактики возможного кровотечения выполняли дренирование малого таза, в последствии дренаж удалялся на 2-3 сутки после операции. Длительность операции варьировала от 30 до 50 минут. Показатели ВАШ у пациентов были очень низкими - 2-3 балла в раннем послеоперационном периоде и на 3-4 сутки после операции снижались практически до 0. Длительность пребывания в стационаре в среднем составляла 3 дня. Осложнения после операции в раннем послеоперационном периоде отмечались в 2 случаях. У одного пациента образовалась гематома в области мошонки, которая в следующем была пунктирована, у другого - инфильтрат области операции, который также был ликвидирован в результате курса физиопроцедур. В позднем послеоперационном периоде осложнения не наблюдались.

В ходе контрольной оценки состояния пациентов через 3 месяца отмечено, что оно удовлетворительное, жалоб на боль и/или дискомфорт нет, данных за рецидив к настоящему времени нет, хотя малый срок наблюдения не позволяет делать далеко идущие выводы.

Заключение. На сегодняшний день эндоскопическая ненапряжная паховая герниопластика считается оптимальным методом лечения паховых грыж. Следует подчеркнуть короткий срок реконвалесценции, минимально выраженный болевой синдром, раннюю активизацию и работоспособность пациента, эстетичность послеоперационных минирубцов, низкую степень риска послеоперационных осложнений, а также важно отметить, что при данной методике оперативного вмешательства благодаря трехмерной визуализации можно осмотреть и диагностировать заболевания внутренних органов на ранних этапах.

Тимербулатов Ш.В., Гафарова А.Р., Тимербулатов В.М., Федоров С.В.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ДО И ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Уфа, Российская Федерация

Цель исследования. Оценить результаты лечения пациентов с острым аппендицитом до и во время пандемии новой коронавирусной инфекции.

Материал и методы исследований. Проведено ретроспективное исследование результатов лечения пациентов с острым аппендицитом до начала пандемии COVID-19 (до 1 марта 2020 г. - 741 больной) сравнительно с аналогичными больными в период пандемии (с 1 марта 2020 г. до августа 2021 г. – 1141 больной), а также больных с острым аппендицитом, инфицированных COVID-19 (56 больных).

Сравнивались такие показатели, как сроки госпитализации, стационарного лечения, частота послеоперационных осложнений и летальность, а также клиничко-морфологические формы.

Результаты и их обсуждение. Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 оказала серьезное влияние на все системы, особенно на здравоохранение. Из-за сокращения коек ввиду перепрофилирования хирургических стационаров, ограничительных мер сократился объем плановой хирургической помощи и в некоторой степени пострадала и доступность медицинской помощи. Ряд исследований показывает увеличение запущенных форм и острой абдоминальной патологии в период пандемии.

В нашем исследовании не выявлено статистически значимого увеличения осложнённых форм и перфоративного аппендицита (в до- и ковидный периоды; $p=0,619$ и $0,473$ соответственно), хотя отмечен заметный рост пациентов, госпитализированных позже 24 часов с начала заболевания (12,01% до и 21,48% в период пандемии; $p=0,0001$). Выявили увеличение числа

больных, нуждающихся в лечении в условиях реанимации (1,76% и 4,8%, RR 0,36 (0,20-0,66); $p=0,0009$), послеоперационных осложнений в период пандемии (2,2% против 4,2%, RR 0,51 (0,29-0,89), $p=0,019$), разницы в летальности (0% против 0,9%; $p=0,683$) не отмечено. В количестве койко-дней значимой разницы также не наблюдалось.

Более тяжелое течение отмечено у пациентов, инфицированных COVID-19: в 100% случаев выявлены осложнённые формы аппендицита, летальность составила 5,36%, доля пациентов, госпитализированных позже 24 часов с начала заболевания увеличилась до 64,23%.

Лапароскопическая аппендэктомия в 1-ой группе пациентов была выполнена у 592 (77,9%), во 2-ой – у 920 (80,64%), в 3-ей – у 16 (28,58%). Осторожный подход к лапароскопическим операциям в начале пандемии во многом был обусловлен преувеличением опасности инфицирования в операционных из-за применения напряженного карбоксиперитонеума, ультразвуковых, электрокоагулирующих аппаратов, хотя в последующем было показано, что соблюдение определенных мер не приводит к заметному росту инфицирования.

Низкая доля лапароскопических вмешательств у больных с ОА и COVID-19 также объясняется особой тяжестью состояния больных, возрастом старше 65 лет и наличием у них перитонита, сопутствующей кардиореспираторной патологии.

Заключение. Таким образом, пандемия COVID-19 оказала негативное влияние на некоторые качественные и количественные показатели в лечении больных с острым аппендицитом, увеличилось число осложненных форм и время от начала заболевания до госпитализации.

Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов В.М., Гафарова А.Р., Федоров С.В.

ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Уфа, Российская Федерация

Цель исследования. Изучить псевдомембранозный колит у пациентов с новой коронавирусной инфекцией.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 396 пациентов с псевдомембранозным колитом среди больных новой коронавирусной инфекцией за период с марта 2020 г. по ноябрь 2021 г. Среди больных мужчин было 156 (389,3%), женщин – 240 (60,6%), среднетяжелые и тяжелые формы COVID-19 были в 97,48%.

Диагноз ПМК устанавливали на основании клинических симптомов, лабораторных, инструментальных методов исследования (кал на *Cl. difficile*, колоноскопия, КТ, УЗИ, лапароскопия).

Результаты и их обсуждение. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 часто сопровождается осложнениями со стороны пищеварительного тракта. Несмотря на то, что псевдомембранозный колит встречается относительно редко, но имеет тяжелое течение, сопровождается длительной диареей, интоксикацией, признаками «острого живота», лейкоцитозом, возникает, как правило, на фоне антибиотикотерапии (антибиотикоассоциированный).

Встречаемость псевдомембранозного колита у больных с COVID-19 в составила 1,17%. Всем назначалась антибиотикотерапия, 2 или 3 антибиотика назначали 44,6% пациентов. Для уточнения диагноза 33,8% больных проводили КТ, колоноскопию – 33,08%, диагностическую лапароскопию – 37,1%. Консервативное лечение было эффективным в 88,8%. У 76 пациентов (19,1%) были показания к хирургическому лечению

ввиду осложнений. Показаниями явились токсический мегаколон, перитонит, перфорация ободочной кишки.

При патогистологическом исследовании образцов кишечника выявлено сочетание типичных патоморфологических признаков псевдомембранозного колита и поражения мелких артерий (васкулиты) и вен (флебит и тромбозы), существенно усугубляющие ишемическое повреждение стенки кишки. Полученные данные свидетельствуют о важности учета ишемического (сосудистого) компонента в развитии патологических изменений в стенке кишечника у пациентов, перенесших COVID-19, с псевдомембранозным колитом и необходимости их коррекции (антикоагулянты, сосудистые препараты).

Общая послеоперационная летальность составила 22,36%, частота хирургических осложнений – 43,4%. Кроме того, в послеоперационном периоде пневмония была у 76,3%, тромбозы и тромбоэмболия легочной артерии – у 22,3% пациентов. Общая летальность составила 11,36%, при проведении только консервативного лечения – 8,75%.

Заключение. Прогресс в лечении ПМК связан с ранней диагностикой, интенсивной консервативной терапией, а при показаниях к хирургическим вмешательствам – их выполнение до декомпенсации состояния больных и развития тяжелых интраабдоминальных осложнений и сепсиса. Также следует отметить, что при лечении пациентов с ПМК и COVID-19 патологические механизмы должны быть учтены для медикаментозной коррекции.

Хакназаров Х.Ш., Зикирзода А.Х., Эвазов Р.А., Акбаров Ю.А.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КРИОПРЕЦИПИТАТА В НЕВРОЛОГИИ

Курс трансфузиологии ГОУ ИПОвСЗ РТ
ГУ «Городской медицинский центр №2 им. академика К. Таджиева»
НМЦ «Шифобахш»

Цель исследования. Улучшение качества неотложной нейрохирургической помощи больным путём применения криопреципитата.

Материал и методы исследования. Криопреципитат – это компонент донорской крови человека, получаемый при оттаивании

свежезамороженной плазмы и содержащий факторы свертывания VIII, XIII, фактор Виллебранда, фибронектин и фибриноген. Криопреципитат получают при размораживании свежезамороженной плазмы при температуре от 1 до 6 °С, что приводит к преципитации криопротеинов, содержа-

щих факторы свертывания VIII, XIII, фактор Виллебранда, фибронектин и фибриноген, с ее последующим центрифугированием, ресуспендированием осажденных белков в небольшом объеме плазмы и повторном замораживании. Криопреципитат хранят при температуре не выше -25°C в течение 36 месяцев. Показания к переливанию криопреципитата: гемофилия А, болезнь Виллебранда, дефицит фактора XIII, врожденная афибриногенемия и гипофибриногенемия, приобретенная гипофибриногенемия. В качестве исходного материала используется плазма, полученная методом афереза.

Результаты и их обсуждение. В криопреципитате, по сравнению с СМП, значительно повышены концентрации фактора VIII - соответственно 12,7 ед/л против 0,20 ед/л, фибриногена - 8,2 г/л против 1,98 г/л, фактора Виллебранда - 8,35 ед/л против 0,16 ед/л. По сравнению с СМП, в криопреципитате повышена активность фактора XII - 1,31 ед/л против 1,0 ед/л, и фактора V 0,97 и 0,96 ед/л.

Среди больных с изолированной черепно-мозговой травмой гипофибриногенемия $<1,5$ г/л встречается в 10% случаев, причем она может осложнить течение травмы, при этом выраженность гипофибриногенемии коррелирует с тяжестью травмы: у тяжёлых больных она более выражена, чем при уме-

ренной тяжести, в среднем 1,5 г против 1,2 г ($p < 0,001$).

Показанием для коррекции гипофибриногенемии в неврологии является концентрация фибриногена в плазме $<1,5$ г/л. Отдельные показания для использования криопреципитата могут возникнуть у больных с ишемическим инсультом при использовании рекомбинантного тканевого активатора плазминогена с развитием такого осложнения, как симптоматическое внутричерепное кровоизлияние. Рекомендуется прекратить введение тромболитического препарата. Также при реверсии действия тканевого активатора плазминогена рекомендуется контролировать концентрацию фибриногена в плазме и начать трансфузию криопреципитата, использовать антифибринолитические средства - транексамовая кислота 10–15 мг/кг в/в или аминокапроновая кислота 4–5 г в/в капельно.

Заключение. Таким образом, гипофибриногенемия при изолированной черепно-мозговой травме при использовании рекомбинантного тканевого активатора плазминогена на фоне развития такого осложнения, как симптоматическое внутричерепное кровоизлияние, а также при реверсии действия тканевого активатора плазминогена, коррелирует с тяжестью болезни, проводится трансфузия криопреципитата.

Хамидов Д.Б., Холназаров Ш.Э., Вахобов А., Сафаров О.З., Болтаев С.С.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОСТАЗА У РОДИЛЬНИЦ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить состояние гемостаза у родильниц с абдоминальным сепсисом.

Материал и методы исследования. Обследовано 36 родильниц с абдоминальным сепсисом в возрасте 20-42 лет. Из них первородящих было 8 (25,8%), повторнородящих - 7 (54,8%) и многорожавших - 6 (19,4%). У 21 (67,7%) был осложнённый акушерский анамнез – ранний гестоз, аномалии развития родовой деятельности, угроза прерывания беременности и акушерское кровотечение.

Коагуляционные свойства крови изучали следующими тестами: время свертывания цельной крови (ВСК по Ли-Уайту, мин), ак-

тивированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ с), протромбиновое время по Квику (ПТВ, с), протромбиновый индекс (ПТИ), содержание фибриногена по Клаусу (Фг, г/л), уровень растворимых комплексов фибрин-мономеров (РФМК, мг %), содержание продуктов дегидратации фибрина (ПДФ мг/л) и фибринолитическая активность крови (ФАК, %).

Результаты и их обсуждение. Результаты нашего исследования выявили, что показатели коагуляционного потенциала крови у больных с абдоминальным сепсисом, по сравнению с результатами контрольной группы, удлинились. При этом отмеча-

ся увеличение ВСК по Ли-Уайту на 82,5%, АЧТВ на - 39,1%, ПВ - на 25,0% и снижение фибриногена на 33,3%. У больных с абдоминальным сепсисом обнаружено повышение содержания РФМК на 168,7% и ПДФ на 90,4%, что указывает на активацию фибринолитической активности крови, по сравнению с показателями контрольной группы. Показатель антикоагулянтной системы антитромбин III был снижен на 39,6%, по сравнению с результатами контрольной группы. У этих больных отмечается ускорение тотальной

фибринолитической активности на 39,1%, по сравнению с результатами контрольной группы.

Заключение. Таким образом, у больных с абдоминальным сепсисом отмечается снижение коагуляционного потенциала и активности антикоагулянтной системы крови. На фоне этого отмечается повышение продуктов распада фибриногена и фибрина, а также фибринолитической активности крови, что свидетельствуют об изменениях гемостаза по типу ДВС- синдрома.

¹Худоёров С.А., ²Махмудов Д.Т., ²Ашуруп Г.Г.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ КАРИОЗНОГО ПРОЦЕССА И ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ СУЖЕНИИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ОБЛАСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ФРОНТАЛЬНЫХ ГРУПП ЗУБОВ

¹Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить провоцирующие факторы развития основных стоматологических заболеваний при нарушении окклюзионно-артикуляционного взаимоотношения у детей с аномалиями зубочелюстной системы.

Материал и методы исследования. Было обследовано 250 детей и подростков в возрасте с 12 до 18 лет, имеющих сужение зубных рядов в области функционально-ориентированных фронтальных групп зубов. Из них у 110 школьников отмечали скученное положение передних зубов (1-я группа) и 140 детей, не имеющих данной патологии зубочелюстной системы (2-я группа – контроля). Для постановки диагноза «сужение зубных рядов» в зависимости от нарушения окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений проводили измерения на диагностическом моделях с помощью штангенциркуля: определялся индекс Пона в интерпретации Линдера и Харта.

Тесное расположение зубов определяли визуально, причем скученность положения зубов I степени диагностировалось у 75 (68,2%) детей, II степени – у 23 (20,9%), III степени – у 12 (10,9%) обследованных. Для достижения поставленной цели использовали методы исследования «зоны риска» развития

основных стоматологических заболеваний у детей и подростков с нарушением окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений.

По методу, разработанному В.К. Леонтьевым с соавт., проводили определение величины ретенции пищевого детрита и скорость его исчезновения с поверхности зубов. На поверхности зуба по методике, предложенной Р. Axelsson et al., определяли скорость образования зубных бляшек. С помощью индекса РНР оценивали эффективность гигиены полости рта. Исследования проводили в стандартизированных условиях с учетом времени приема пищи.

Результаты и их обсуждение. В начале исследования среди обследованных детей были получены достоверные различия по индексу КПИ: в основной группе детей среднее значение вышеупомянутого индекса составило $1,7 \pm 0,1$ балла, в то время в группе контроля – $1,3 \pm 0,11$. Среднее значение индекса интенсивности кариозного процесса в группе детей с сужениями зубных рядов составило: КПУз – $7,6 \pm 0,83$; КПУп – $11,6 \pm 1,45$, по сравнению с группой контроля (КПУз – $5,2 \pm 0,9$; КПУп – $8,9 \pm 1,54$).

Исходное значение эффективности гигиены полости рта оказалось немного хуже в группе пациентов со скученным положением

зубов ($3,14 \pm 0,2$ балла), но и в группе контроля эффективность гигиены полости рта также неудовлетворительная ($2,86 \pm 0,21$ балла). При исследовании самоочищения полости рта нами были получены следующие результаты. Наибольшая величина ретенции пищевого детрита ($2,35 \pm 0,12$ балла) была диагностирована на нижней челюсти в области фронтальных функционально-ориентированных групп зубов, где наблюдается скученное положение резцов. В группе контроля на этом же участке нижней челюсти величины ретенции пищевого детрита составила $1,18 \pm 0,10$ балла. При этом время фиксации пищи на фронтальных зубах нижней челюсти составило $41,69 \pm 6,45$ секунд у детей основной группы, а в контрольной группе величина исследуемого показателя составила $14,12 \pm 0,75$ секунд.

Величина ретенции пищевого детрита на фронтальных зубах верхней челюсти в области скученного положения составила $2,10 \pm 0,11$ балла, что почти в 2 раза больше, чем на фронтальных зубах группы контроля ($1,15 \pm 0,10$). Время фиксации красителя на зубах верхней челюсти в области скученного положения фронтальных зубов составило $33,20 \pm 3,63$ секунд и $14,19 \pm 1,25$ секунд соответственно в основной и контрольной группах. Полученные данные позволяют отметить, что скорость вымывания пищевого детрита в области скученного положения зубов верхней челюсти почти в 2,5 раза ниже, чем у пациентов на данном участке челюсти из контрольной группы.

Среди детей с аномалиями зубочелюстной системы также определялась скорость образования зубных бляшек на поверхностях зубов. В первое посещение зарисовывали расположение зубного налета на поверхностях зубов в области скученного положения у детей основной и контрольной группы. Ровно через 24 часа пациент обследовался повторно. В группе контроля суммарное значение скорости образования бляшек составило $34 \pm 0,97$ поверхности (исходное суммарное значение - $11 \pm 0,10$), в то время как в группе с сужениями зубных рядов в этих фронтальных сегментах оно составило $55 \pm 2,69$ и $19,2 \pm 0,32$ соответственно.

Заключение. Скопление пищевого детрита, замедление скорости его вымывания из области скученного положения зубов, неудовлетворительная эффективность гигиены полости рта у детей с нарушениями окклюзионно-артикуляционного взаимоотношения – факторы, способствующие развитию кариозного и пародонтологического процессов. Образование субгингивальной зубной бляшки, содержащей пародонтопатогенные штаммы микроорганизмов, приводит к развитию деструктивных изменений твердых тканей зубов и воспалительных заболеваний пародонта. В области скученного положения зубов сформируется благоприятный «микроклимат» для развития таких основных стоматологических заболеваний, как кариес и заболевания пародонта.

Хукумзода М.З., Холиков З.Х., Хакимов Б.Дж.

ОСОБЕННОСТИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ РИНОСИНОСИТАХ У ДЕТЕЙ

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

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности комбинированного антибактериального средства «Амоксиклав» при ОБРС у детей.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 34 ребенка (14 девочек и 20 мальчиков) в возрасте от 8 до 14 лет с острым бактериальным ринусинуситом. Больные были распределены на 2 равные по количеству группы (основная и контрольная - по 17 человек соответственно).

Критерии включения детей в исследование – наличие информированного согласия детей и их родителей на участие в исследовании; участие в исследовании детей в возрасте от 6 до 15 лет; характерная клиническая картина заболевания, отсутствие предыдущей антибактериальной терапии.

Из исследования исключались пациенты с подозрением на грибковую инвазию, наличие других соматических заболеваний, являющихся противопоказанием для участия или

затрудняющих оценку результатов данного исследования.

После завершения обследования (жалобы больного, сбор анамнеза, рентгенография околоносовых пазух, пункции верхнечелюстных пазух с бактериологическим исследованием патологического отделяемого, общий анализ крови) пациенты с ОБРС основной группы получали препарат «Амоксиклав» 375 мг внутрь 3 раза в день в течение 7 суток, а пациентам группы сравнения в качестве антибактериальной терапии был назначен «Ампиокс» по 0,5 внутрь 4 раза в день в течение выше указанного срока.

Определение эффективности лечения проводилось посредством анализа инволюции симптомов риносинусита, динамики клинической и рентгенологической картины (1-й и 11-й дни после начала лечения), результатов повторной пункции гайморовой пазухи у больных ОБРС (7-й день терапии) с бактериологическим исследованием отделяемого (либо промывных вод), изменения показателей анализа крови (7-й день терапии).

Безопасность препарата «Амоксиклав» оценивалась на основании анализа частоты и выраженности нежелательных явлений, отмеченных у пациентов во время проведения исследования.

Результаты и их обсуждение. На 7-й день лечения симптомы синусита (заложенность носа, ринорея и головные боли) полностью отсутствовали у 17 (89,5%) пациентов основной группы; у 2 (11,5%) пациентов сохранялась умеренная заложенность носа. В группе сравнения инволюция вышеуказанных симптомов отмечался у 12 (63,1%) пациентов; у 7 (36,9%) пациентов всё ещё отмечался назальная обструкция и ринорея.

Основными возбудителями ОБРС, выделенными в ходе настоящего исследования, были *S. Pneumoniae* (46,6%), *H. Influenzae* (33,3%), *S. Pyogenes* (20%). На 7-й день лече-

ния при проведении контрольной пункции верхнечелюстных пазух промывная жидкость (физиологический раствор) у 18 пациентов основной группы была чистой, при бактериологическом исследовании промывной жидкости определялось отсутствие роста колоний (микробиологическая эффективность лечения – 94,7%). В группе сравнения отсутствие роста колоний определили у 11 пациентов (микробиологическая эффективность лечения – 57,9%).

После лечения в основной группе (на 4-й день после завершения терапии): у 12 (63%) пациентов верхнечелюстные пазухи были пневматизированы; у 7 (37%) пациентов отмечено незначительное пристеночное утолщение слизистой оболочки пазухи (улучшение). В группе сравнения пневматизация и пристеночное утолщение слизистой оболочки пазух отмечался у 10 (52,6%) пациентов, у 9 (47,4%) больных всё ещё сохранялось затемнение околоносовых пазух. При оценке переносимости препарата «Амоксиклав» у 2 пациентов зарегистрирована умеренно выраженная диарея, не потребовавшая досрочного прекращения лечения, что не послужило причиной для выбывания больных из исследования. Серьезных нежелательных явлений не наблюдали.

Заключение. Таким образом, клиническая эффективность препарата «Амоксиклав» 375 мг при лечении ОБРС у детей составила в среднем 88,2%, бактериологическая эффективность – 94,7%. Препарат «Амоксиклав» характеризуется хорошей переносимостью: только у 2 пациентов отмечена умеренно выраженная диарея; тяжелых побочных эффектов не зарегистрировано. Учитывая результаты проведенного исследования, препарат «Амоксиклав» (амоксициллин/клавуланат) может быть рекомендован в дозе 375 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней в качестве средства стартовой эмпирической терапии ОБРС у детей.

Хукумзода М.З., Холиков З., Хакимов Б.Дж.

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ИСКРИВЛЕНИЕМ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ, В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

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

Цель исследования. Изучить эффективности комбинированного препарата Айдипа 10 мл (неомицина сульфат 17500 МЕ, полимиксина В сульфата 30000 МЕ, дексаметазона 5.00 мг) при деформации носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом.

Материал и методы исследования. С 2018 по 2019 годы в ЛОР-отделении НМЦ РТ под наблюдением находились 62 пациента с деформациями носовой перегородки, сочетанные с аллергическим ринитом. Возраст пациентов составил от 14 до 35 лет. Из них мужчин было 41, женщин – 21.

Всем больным диагноз установлен на основании оториноларингологического, клинического, аллергологического, рентгенологического, эндоскопического и лабораторного методов исследования.

Результаты и их обсуждение. Отмечены жалобы на заложенность носа, обильные выделения из носа, зуд в носу, приступы чихания. При риноскопическом осмотре на фоне искривления носовой перегородки отмечались бледноватая или синюшная слизистая оболочка полости носа, набухание нижних носовых раковин, водянистые выделения в носовых ходах. Нарушения

обоняния выявлены почти у всех пациентов. На фоне антигистаминной и противовоспалительной терапии в стадии ремиссии всем больным проводили септум-пластику. В послеоперационном периоде в виде назальных капель использовали глазо-ушной антигистаминный, противовоспалительный препарат «Айдип». Каждый пациент применял данный препарат по 2 кап. 3 раза в сутки в каждую ноздрю с продолжительностью курса 7 дней.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Отек слизистой носа и набухание носовых раковин уменьшались на 5 – 7 сутки наблюдения с постепенным и значительным восстановлением дыхания. По мере этого постепенно восстанавливалась обонятельная функция носовой полости у всех больных.

Заключение. Таким образом, выбор лечения больных с девиацией носовой перегородки, сочетающейся с аллергическим ринитом, в объем которого входит септопластика с применением антигистаминных, кортикостероидных и противовоспалительных назальных капель «Айдип» позволяет добиться желаемого и максимального эффекта.

Хушвахтов Д.Д., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Гафаров Х.О.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗРТ

Цель исследования. Повысить эффективность хирургического лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области путём использования антисептических сорбционных материалов на основе оксигидроксида алюминия и коллоидного серебра «Вита Валлис».

Материал и методы исследования. Основу работы составляют результаты обследования и лечения 50 больных с одонтогенными гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области в возрасте от 18 до 60 лет, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» за период с 2019 по 2022 гг. Мужчины составляли 29 (58,0%), женщины – 21 (42,0%). Больные распределе-

ны на две клинические группы: основную – 25 больных (50,0%) и группу сравнения – 25 (50,0%). Распределение больных в основной и контрольной группах по полу, возрасту, тяжести состояния, локализации и распространённости гнойно-воспалительного процесса, наличию сопутствующей патологии было сопоставимым.

Указанным больным обследование проводилось по традиционной схеме.

Результаты и их обсуждение. Результаты проведённого исследования показали выраженную положительную динамику как местных, так и общих симптомов гнойно-воспалительного процесса в основной группе больных, где применялся в качестве сорбционного материала дренирующий сорбент «Вита Валлис». В результате проведённого

исследования выявлено, что сроки очищения раны от некротических тканей, прекращения экссудации, начала процесса регенерации были самими короткими у больных основной группы, где применялся дренирующий сорбент «Вита Валлис».

Применение сорбционно-аппликационной терапии позволило уменьшить сроки лечения больных с одонтогенными флегмонами ЧЛО на $4,40 \pm 1,45$ суток ($p < 0,05$). Средние сроки очищения раны и прекращения гнойной экссудации при применении данного сорбционного материала ($4,54 \pm 0,85$ суток) были достоверно короче ($p < 0,05$), чем при традиционных методах ($7,65 \pm 0,25$). Появление грануляций отмечено на $5,12 \pm 0,06$ сутки против $9,13 \pm 0,25$ суток в контрольной группе, возможность наложения ранних вторичных швов появилась на $8,20 \pm 0,12$ сутки против $12,05 \pm 0,13$ суток в контрольной группе.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у пациентов основной группы нормализация общеклинических показателей происходила наиболее динамично. У больных, леченных предлагаемым способом, отмечалось снижение показателя лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) на 3-е

сутки, тогда как в контрольной группе явное снижение ЛИИ наблюдалось лишь на 5-7-е сутки исследования.

Благоприятное течение раневого процесса у больных основной группы позволило осуществить раннее наложение вторичных швов, что ускорило процесс заживления раны. В контрольной группе больных в течение длительного времени сохранялись признаки гнойной интоксикации организма.

Заключение. Использование сорбционного материала «Вита Валлис» при местном лечении флегмон ЧЛО способствует более быстрому улучшению общего состояния пациента и купированию местных признаков гнойно-воспалительного процесса, что позволяет сократить сроки стационарного лечения больных на $4,40 \pm 1,45$ койко-дня ($p < 0,05$). Разработанный дренирующий сорбент является высокоэффективным средством нового поколения для местного лечения гнойных ран. Его отличают простота и атравматичность применения, отсутствие токсического влияния на окружающие ткани, высокие сорбционные и противовоспалительные свойства.

Хушвахтов Д.И., Хушвахтов Д.Д., Мирзоев М.Ш., Гафаров Х.О.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ОЧАГОВ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучение причин развития хронических очагов одонтогенной инфекции после лечения зубов в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 658 амбулаторных стоматологических карт (412 женщин и 246 мужчин) в условиях Городской стоматологической поликлиники г. Душанбе РТ за период с 2015 по 2022 гг. пациентов с одонтогенными воспалительными процессами челюстно-лицевой области, развившихся в различные сроки после лечения зубов.

При клинико-рентгенологических исследованиях выявлено: хронический гранулематозный периодонтит – 100; гранулирующий периодонтит – 87; обострение хронического периодонтита – 471. С учетом анамнеза, состояния и степени подвижности зубов и

разрушения коронковой их части были определены состояние пародонта, проходимость корневых каналов, полнота заполнения их пломбировочным материалом.

Результаты и их обсуждение. Анализ клинического материала свидетельствует о том, что основная часть больных – 71,6% – обратились за хирургической помощью во время обострения процесса в периодонте в срок от 3 месяцев до 4 лет после лечения зубов, у них имел место коллатеральный отек мягких тканей в области «причинного» зуба. Свищи с гнойным отделяемым в области верхушек корней имели место у 13,2% из них. Среди них подвижность зубов I-II степеней отмечалась у 34% пациентов.

Рентгенологический контроль 187 коренных зубов верхней и нижней челюстей позволил выявить, что корневые каналы 57

зубов были запломбированы на 1/2 или 1/3 их длины. В 113 многокорневых зубах заполнен 1 канал, а в 17 все каналы obturированы на всем протяжении. Рентгенография однокорневых зубов, также свидетельствовала о некачественном их лечении, несмотря на то, что они имели широкие прямые корневые каналы. В 83 случаях у однокорневых зубов корневые каналы недопломбированы, в 47 случаях пломбировочный материал находился в периапикальных тканях. В области верхушек корней этих зубов определялись очаги резорбции с грануляционными тканями размером от 0,2 до 0,6 см. В 24 случаях корневые каналы зубов запломбированы хорошо, однако выявлено неравномерное расширение периодонтальной щели, местами с очагом разрежения костной ткани. Электровозбудимость этих зубов варьировала в пределах 100-110 МкА.

В связи с этим были предприняты хирургические методы лечения в амбулаторных условиях под местным обезболиванием. Проведены операции удаления зубов в 72,7% случаев: из них в течение 1 месяца после лечения -12%, через 2-5 месяцев - 26%, от 2 до 5 лет - 34,7%. Резекция верхушки однокорневых зубов выполнена у 73 пациентов. Гемисекция и ампутация корня произведены в 10 случаях.

*Шамсидинов Б.Н., Мухторова П.Р., Бегов А.А.,
Олимов Т.Х., Тагоймуродова Ш.Ф.*

РАЗРАБОТКА СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ОКОЛОУШНОГО СВИЩА У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Разработка оптимального варианта оперативного вмешательства, позволяющего снизить риск рецидива заболевания.

Материал и методы исследования. В период с 2020 по 2022 годы обследовано 9 детей в возрасте от 5 до 9 лет. Мальчиков - 6, девочек - 3. С односторонним поражением - 7 (правосторонний - 6, левосторонний - 1), с двухсторонним - 2. Дети госпитализированы в плановом порядке. Предоперационную подготовку проводили в амбулаторных условиях.

Оперативное вмешательство проведено под общим эндотрахеальным наркозом

Частые обострения хронического одонтогенного процесса привели к развитию гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, которые выявлены у 187 больных, среди них - 120 с периоститами челюстей, 12 - с остеомиелитами челюстей, абсцессы и флегмоны выявлены у 55 больных. Больные с остеомиелитами, абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области были направлены на стационарное лечение.

Заключение. Таким образом, данные архивных материалов свидетельствуют о том, что обострение хронического воспалительного процесса в периапикальной области зубов во многом обусловлено некачественным пломбированием корневых каналов, что привело к развитию гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

С целью профилактики развития острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области необходимо улучшать качество лечебной работы за счет повышения профессиональных навыков и настороженности врачей, повышения уровня санитарно-просветительной работы среди населения. Зубы с хронической очаговой инфекцией, не поддающиеся консервативной терапии, должны своевременно подвергаться хирургическим методам лечения (удаление, резекция верхушки корня, гемисекция зуба и ампутация корня).

после предварительного дренирования свищевых ходов пугачатым зондом и введения в него 2,0-3,0 мл раствора бриллиантовой зелени. Далее производили эллиптический разрез вокруг входного отверстия свища у основания завитка ушной раковины и, разрезая по направлению вниз, ещё на 2-3 см. С помощью микрораспатора и остроконечных ножниц свищевой ход вылущивали по ходу распространения раствора бриллиантовой зелени до достижения здоровых мягких тканей и иссекали. В последующем производили иссечение хряща основания завитка ушной раковины и выполняли проникающий разрез кожи в противоположную сто-

рону для установления резинового дренажа с целью эвакуации раневого содержимого. После тщательной ревизии раневой полости, сопоставляя края раны, были наложены непрерывные швы без натягивания. Через созданный туннель в раневую полость с целью эвакуации раневого содержимого вставляли резиновый дренаж. Рану обрабатывали 5% раствором йода и накладывали тугую асептическую повязку сроком на 2 суток. Начиная с 3-х суток после операции в комплексной терапии назначали ЛГН – лазер газовый непрерывного режима работы, длиной волны 632,8 нм, мощностью на выходе 20-25 мВт. Лазерное облучение ЛГН имело следующие параметры: мощность на выходе 15-22 мВт, плотность мощности 10-12 мВт/кВ×см, длительность экспозиции 5-6 мин., количество сеансов 10-15 раза, т.е. 2 раза в день в первой половине суток. На 7 сутки удаляли швы.

Результаты и их обсуждение. Состояние раны удовлетворительное. Заживление

первичное. Ни у одного из пациентов не было проблем с раной в послеоперационном периоде. Контрольный осмотр проводится через 6 мес. и через год. Рецидивов не наблюдалось.

Таким образом, количество больных, у которых применен этот способ оперативного лечения и применение лазерного облучения в послеоперационном периоде, достаточные сроки наблюдения позволяют рекомендовать использование данного способа в широкой клинической практике.

Заключение. Способ хирургического лечения ретроаурикулярных свищей путём создания туннеля через внутреннюю поверхность основания завитка для установления резинового дренажа с применением лазерного облучения в послеоперационном периоде в отличие от традиционного является более эффективным и способствует предотвращению рецидивов заболевания.

*Шамсидинов Б.Н., Мухторова П.Р., Шайдоев С.С.,
Касиров И.М., Бегов А.А.*

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ЩАДЯЩИЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СРЕДНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНЫ ПРИ ЕЁ ГИПЕРТРОФИИ

Кафедра оториноларингологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оптимизация хирургического метода лечения гипертрофии средней носовой раковины.

Материал и методы исследования. В исследование были включены пациенты молодого возраста с гипертрофией средней носовой раковины. Больным проведены общеклинические методы исследования, рентгенологическое, КТ исследование. Всем проведено хирургическое лечение по поводу гипертрофии средней носовой раковины. Одномоментно при искривлении носовой перегородки выполнена септопластика, а при полипозном риносинусите проведены соответствующие операции на околоносовых пазухах.

В условиях общей анестезии после проведения оперативного вмешательства основного заболевания (септопластики, этмоидополипотомии и гайморозтмоидополипотомии) проводили вертикальный разрез свободного края гипертрофированной средней носовой

раковины, вылуцивая распатором, находили крючковидный отросток, при помощи щипцов надламывали его и удаляли, тем самым сохраняя физиологическое состояние носовой раковины и полулунной щели. После чего объем средней носовой раковины уменьшался в объёме, далее при помощи бранш носового зеркала отодвигали в латеральную сторону и в носовой ход накладывали мазевые тампоны. На этом этапе заканчивали операцию.

Результаты и их обсуждение. В исследовании участвовало 9 пациентов в возрасте от 18 до 43 лет. Мужчин – 7, женщин - 2. По поводу деформации носовой перегородки и гипертрофии средней носовой раковины госпитализированы 3 больных, с полипозным этмоидитом и гипертрофией средней носовой раковины – 4, с полипозным гайморозтмоидитом и гипертрофией средней носовой раковины – 2.

Предлагаемый способ внутрислизистого надламывания и удаления крючковидного

отростка при гипертрофии средней носовой раковины способствовал сокращению средней носовой раковины, восстановлению проходимости среднего носового хода, улучшению вентиляционной и дренажной функций передних околоносовых пазух, что отчетливо наблюдалось у всех больных в послеоперационном периоде в динамике наблюдения.

Предложенный нами способ заключается в том, что применение внутрислизистого надламывания и удаления крючковидного отростка без разрушения структуры средней носовой раковины является более естественным и эффективным.

Количество больных, у которых применен этот способ оперативного лечения, достаточные сроки наблюдения позволяют рекомендовать использование данного способа в широкой клинической практике.

Заключение. Способ внутрислизистого надламывания и последующее удаление крючковидного отростка при гипертрофии средней носовой раковины, в отличие от традиционного метода (конхотомия), является более физиологичным и способствует сохранению структурного состояния остеомеатального комплекса и предотвращению рецидивов заболевания носовой полости.

Юсупова З.Х., Исмоилов Ф.Н., Рахмонова Р.А., Махмудова С.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ РАЗРУШЕННЫХ ЗУБОВ СТЕКЛОВОЛОКОННЫМИ ШТИФТАМИ ПОД ПРЕСС-КЕРАМИКУ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Оценить эффективность стекловолокна в сочетании со специальной композитной матрицей под пресс-керамику.

Материал и методы исследования. С 2020 по 2023 годы с целью восстановления разрушенных зубов нами были распределены пациенты на 2 группы. В 1 группу вошли 29 пациентов в возрасте от 21 до 45 лет (мужчин – 14, женщин – 15), которым было применено инновационное стекловолокно в сочетании со специальной композитной на 22 зубах (однокорневые – 13 и много корневые – 9 зубов) и во 2 группу вошли 19 пациентов, которым применили анкерные штифты – 38 зубов (резцы и клыки).

Результаты и их обсуждение. В последние годы ведется множество дискуссий о коррозионных и биомеханических свойствах корневых штифтов. Кроме того, изменились требования и к оптическим свойствам безметалловых реставраций. Это привело к тому, что на практике все больше стали использоваться корневые штифты из стекловолоконного композита. По сравнению с металлическими или керамическими штифтами, их механические свойства приближены к свойствам дентина.

Из всего количества используемых стекловолоконных штифтов (22) осложнение

наблюдалось в одном случае (4,55%) в виде расцементировки стекловолоконного штифта. При использовании стандартных анкерных штифтов (38) осложнений было больше - 13,15%: 2 случая перелома анкера, 3 случая расцементировки анкера вместе с супраконструкцией. Следовательно, использование стекловолокна в сочетании со специальной композитной матрицей под пресс-керамику имеет преимущество над анкерными стандартными штифтами. Тем, что модуль эластичности, приближенный к дентину, исключает перелом корня, поверхность стекловолоконного штифтов негладкая из-за наличия волокон, что заметно облегчает микромеханическую адгезию композита, отсутствие окисления и коррозии обеспечивает стабильность штифтов и их биосовместимость с дентином и композитным цементом, устойчивость к растяжению усиливается за счет создания моноблока из штифта, композита для восстановления культи, композита для цементирования и корневого дентина, имеющих схожие характеристики. Эта система уменьшает нагрузки на сохранившиеся ткани зуба, стекловолоконные штифты дают лучший эстетический результат, особенно при использовании на фронтальных зубах под пресс керамику, являются рентгено-

контрастными, что облегчает определение места их фиксации.

Заключение. Таким образом, стекловолоконные штифты представляют собой наиболее новый оптимальный продукт для ретенции зуба среди внутриканальных штифтов. Так как стекловолоконные штифты изготавливаются из стеклянных волокон, расположенных горизонтально и погруженных по особому заводскому методу в эпоксидную пластмассовую матрицу,

которая составляет 36,6% от всего веса штифта. Стеклянные волокна непрерывны и их напряжение постоянно. Они расположены горизонтально вдоль основной оси. Такая продольная структура волокон обеспечивает равномерное распределение нагрузок на твердые ткани зуба. Жевательные нагрузки полностью воспринимаются и распределяются, предохраняя их накопление у краев корня, что значительно снижает риск радикулярного перелома.

Юсупова З.Х., Мухиддинов Ш.Д., Убайдуллоев М., Амонзода Э.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ ПРИ СКОЛАХ КЕРАМИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Изучить пломбирочный материал "Tetric N- Ceram" при сколах керамических конструкций в ортопедической стоматологической практике.

Материал и методы исследования. Несмотря на то, что стоматологи имеют композиционные материалы разных компаний, в качестве основного материала мы выбрали композит, с оптическими характеристиками похожими на натуральные зубы. К такому материалу и относится современный светоотверждаемый композит - "Tetric N- Ceram" (фирмы Ivoclar Vivadent). Он имеет в своем распоряжении десять цветов. Материал хорошо адаптируется к стенкам керамического скола - при этом очень важно, что при хорошей моделируемости материала обладает высокой стабильностью. Если Tetric N- Ceram слегка пригладить с помощью инструмента, быстро образуется гладкая, слегка поблескивающая поверхность, которая при обработке и полировке материала показывает свои лучшие свойства.

Результаты и их обсуждение. Сколы керамических конструкций по-прежнему являются актуальным вопросом в ортопеди-

ческой стоматологии. Очень важным этапом восстановления скола является пломбирочный материал и правильный выбор его первоначальной формы, цвета и восстановительные функции. Применение композитов Tetric N- Ceram обуславливается их консистенцией (легкость проникновения в труднодоступные места и свойства тиксотропности).

Благодаря тиксотропной консистенции данный материал можно вносить точно, при этом гарантируется его высокая прочность, а используя матрицу с микростеклянным наполнителем, материал полируется до высочайшей степени блеска и хорошо выдерживает окклюзионные нагрузки.

Заключение. Таким образом, с появлением Tetric N- Ceram композитов в стоматологии возникла возможность минимизировать работу врача при сколах керамических конструкций, что позволяет выполнить щадящую процедуру и существенно сэкономить время врача. При незначительных объемах восстановления Tetric N- Ceram материалами гарантируется долгий срок службы реставрации без сколов и изменения цвета.

Юсупова З.Х., Файзов К.С., Вохидов А., Рацабова А.

КОМПЬЮТЕРНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ CAD/CAM ТЕХНОЛОГИИ В СТОМАТОЛОГИИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Сравнить современные CAD/CAM системы по своим возможностям в моделировке и видах конструкций несъемных протезов с традиционным, «восковым» методом изготовления каркасов.

Материал и методы исследования. Применение CAD/CAM системы позволяет избежать существенных недостатков, которые возникают при традиционном методе лечения. При использовании CAD/CAM системы исключается фаза оттиска, отсутствует необходимость во временных коронках, снижаются расходы на лабораторные этапы, а также наблюдается высокий косметический эффект. Стоматологический CAD/CAM комплекс помогает сократить и максимально упростить процесс восстановления дефектов коронковой части зуба.

Результаты и их обсуждение. CAD/CAM (Computer Assisted Design/Computer Aided Manufacturing – компьютерный дизайн/производство под управлением компьютера) – это современная технология производства каркасов зубных протезов с помощью компьютерного моделирования и фрезерования на станках с числовым программным управлением (ЧПУ). CAD/CAM – технология позволяет получать каркасы зубных протезов высочайшей точности, прекрасной биосовместимости и безупречной эстетики при высокой автоматизации труда. С помощью CAD/CAM – систем можно изготовить одиночные коронки и мосты малой и большой протяженности, телескопические коронки, индивидуальные абатменты для имплантатов, воссоздать полную анатомическую форму для моделей пресс-керамики, наносимой на каркас (overpress), создать временные коронки в полный профиль и различные литые модели. Материалом может служить диоксид циркония, титан, кобальт-хромовый сплав, пластмасса, воск.

Тенденции развития CAD/CAM систем: применение оптического сканирования; его очевидные преимущества - быстрота и большой объем сканирования; увеличение скорости и объема сканирования наряду со стремлением к уменьшению размера сканера; расширение возможностей компьютерных программ, моделирующих будущую конструкцию; расширение вида фрезеруемых материалов, в том числе: Digitan R - Titan 2, Digitan L - TiAl6Nb7, сплавы золота, DigiCeram L - стеклокерамика, упрочненная лейцитом, In-Ceram - оксид циркония, оксид алюминия, шпинель, Digizon - оксид циркония, упрочненный оксидом иттрия и композит; увеличение протяженности конструкций. Система digiDent позволяет отфрезеровать каркас протеза протяженностью в 14 единиц из титана или оксида циркония, упрочненного оксидом иттрия.

После получения готового каркаса начинается процесс облицовки. Разумеется, для этого необходимо использовать специальную облицовочную керамику, коэффициент термического расширения которой согласован с КТР каркаса. А дальше - творчество и профессиональные навыки зубного техника.

Заключение. Таким образом, современные CAD/CAM системы сравнялись по своим возможностям в моделировке и видах конструкций несъемных протезов с традиционным «восковым» методом изготовления каркасов и дали лучшие результаты. Анализируя методы изготовления несъемных протезов, можно обоснованно утверждать, что технологии CAD/CAM следует считать идущими на смену цельнолитым конструкциям.

Достоинствами этой технологии являются психологический аспект и эстетика; точность и надежность фиксации, простота эксплуатации и биосовместимость конструкционных материалов.

Юсупова З.Х., Шамсидинов А.Т., Бобобеков Б., Чиёнова С.

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗРУШЕННЫХ ЗУБОВ ЛИТЫМИ КУЛЬТЕВЫМИ ВКЛАДКАМИ ИЛИ СТАНДАРТНЫМИ ШТИФТАМИ

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Сравнение эффективности применения литых культевых штифтовых вкладок и стандартных штифтов.

Материал и методы исследования. С 2020 по 2023 годы с целью восстановления разрушенных зубов нами пролечены 54 пациента в возрасте от 21 до 56 лет (мужчин – 22, женщин – 32), которым были изготовлены литые культевые штифтовые вкладки на 42 зубах (однокорневые – 23 и многокорневые – 19 зубов) и реставрированы анкерными штифтами – 38 зубов (резцы и клыки).

Результаты и их обсуждение. При восстановлении сильно разрушенных зубов перед врачом-стоматологом стоит сложная задача выбора наиболее рациональной конструкции стандартных анкерных штифтов, литых культевых штифтовых вкладок или штифтового зуба. По этому вопросу в литературе сказано много, а ясности по-прежнему нет.

Эти штифты позволяют ускорить и облегчить проведение реставрации. При этом одновременно снижается стоимость лечения для пациента и затраты времени для врача. Эти положительные качества стандартных штифтов и настойчивая реклама привели к их чрезмерному использованию.

Из всего количества изготовленных литых культевых штифтовых вкладок (42) осложнения наблюдались лишь в двух случаях (4,76%): при расширении медиально-щечного корневого канала нижнего первого моляра произошла его перфорация, после чего пришлось удалить зуб; расцементировка литой штифтовой вкладки, изготовленной на первом верхнем премоляре, который служил опорой мостовидного протеза. При использовании стандартных анкерных штифтов (38) осложнений было больше (13,15%), 2 случая перелома анкера, 3 случая расцементирования анкера вместе с супраконструкцией (металлопластмассовая коронка).

При сравнении положительных и отрицательных сторон двух описываемых штифтовых систем, выясняется, что положительные качества стандартных штифтов - это возможность проведения лечения за один сеанс, низкая стоимость; отрицательные - внутрикорневая и коронковая части конструкции могут разъединиться, так как нет химической связи между ними; в случае активных штифтов возникновение большого расклинивающего эффекта при вворачивании штифта; при отсутствии в конструкции штифтов опорной площадки или при неполной посадке штифта до этой площадки резкое усиление расклинивающих сил на корень в процессе функции; частые поломки и сложное их извлечение в таких ситуациях. Положительные качества литых культевых штифтовых вкладок: штифт и культя едины и отлиты из одного материала, что полностью исключает риск их разъединения; минимизация расклинивающих нагрузок, малый расклинивающий эффект при цементировании вкладки. Отрицательные: более объемное препарирование, длительное изготовление, так как имеется лабораторный этап препарирования культы зуба под коронку возможно только в следующее посещение.

Заключение. Таким образом, при выборе метода восстановления сильно разрушенных зубов надо строго определить показания и противопоказания к выбору наиболее рациональной конструкции штифтовых систем. При восстановлении одиночных зубов с индексом разрушения окклюзионной поверхности зуба не более 50-60% можно выбрать стандартный штифт, а при ИРОПЗ - более 60-100%, когда разрушение коронковой части зуба требует восстановления культы и изготовления искусственной коронки наиболее рациональным считается литая штифтовая вкладка. При восстановлении разрушенных зубов литыми культевыми штифтовыми вкладками осложнений наблюдается в три раза меньше.

Кахарова Р.А., Сироджев Д.Н., Рабиев А.Х., Бобоходжаева Т.Д.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ

Кафедра колопроктологии ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Разработать меры профилактики и лечения геморроя у беременных и родильниц.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 393 беременных и родильниц, страдающих хрониче-

ским геморроем, из них у 189 (48%) наблюдался острый тромбоз геморроидальных узлов во 2-3 триместрах беременности и в раннем послеродовом периоде. Из обратившихся за помощью у 134 (34,1%) женщин диагностирован геморрой II степени, у 179 (45,5%) - III степени и у 80 (20,4%) - IV степени. Возраст женщин колебался от 19 до 40 лет. В сроке до 16 недель находились 31 (7,9%), от 16 до 25 недель - 76 (19,3%), от 24 до 32 - 88 (22,4%), от 32 до 36 - 101 (25,7%) и от 36 до раннего послеродового периода - 97 (24,7%) женщин.

Результаты и их обсуждение. Клиническая картина геморроя у беременных растянута во времени. В начале заболевания появляются неприятные ощущения в области заднего прохода, усиливающиеся после акта дефекации. В дальнейшем присоединяются увеличение геморроидальных узлов, кровотечение, анальный зуд. В качестве профилактических мер беременным женщинам разъяснили возможность возникновения запоров или двухмоментной дефекации. Женщинам рекомендовано опорожнять кишечник в одни те же часы, прибегая при необходимости к легким послабляющим средствам, таким как мукофальк или лактулоза.

В комплексном лечении хронического и острого геморроя применяли флеботонические препараты – детралекс в течение 7 дней. Дозу препарата рассчитывали индивидуально. Местно использовали мазь лиотон или гепатотромбин Г и ректальные свечи проктолурон комби.

Несмотря на широкий спектр разнообразных эффективных системных препаратов, флеботоников, анальных свечей и мазей, консервативное лечение является паллиативной мерой и обладает временным эффектом до родов.

Так, 51 (13%) беременной с III и IV стадиями геморроя при безуспешной консервативной терапии произведена малоинвазивная операция - дезартеризация с мукопексией 18 (35,3%), 33 (64,7%) – лигирование кровотока геморроидального узла - с удовлетворительными результатами.

Заключение. Таким образом, своевременные профилактические мероприятия и консервативное лечение геморроя у беременных и родильниц обеспечивают удовлетворительные результаты лечения. При неэффективности этих мер следует проводить малоинвазивные хирургические вмешательства.

Кахарова Р.А., Сироджев Д.Н., Рабиев А.Х., Бобоходжаева Т.Д.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЕРАТОМЫ ПРЕСАКРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра колопроктологии ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Улучшение результатов оперативного лечения больных с тератомами пресакральной области.

Материал и методы исследования. Анализ результатов хирургического лечения пресакральных кистозных образований проведен нами у 11 больных, находящихся на лечении в хозрасчетном центре колопроктологии г. Душанбе. Из них женщин было 8 (72,7%), мужчин – 3 (27,3%) в возрасте от 22 до 56 лет.

При диагностике кистозных образований существенными являлись результаты ультразвукового исследования с ректальным датчиком. Также в последние годы придается важное значение МРТ пресакральной области с целью дифференциации патологии. Проведенный анализ позволил установить, что у

10 из 11 пациентов имели место каудальные кистозные тератомы и в 1 случае – эхинококковая киста. У 7 больных тератомы имели осложнения в виде свищей с наружным отверстием на кожу промежности и у 2 кисты дренировались в полость прямой кишки.

Результаты и их обсуждение. Во всех случаях кисты удаляли пресакральным доступом. Хирургическое лечение больной с эхинококковой кистой заключалась в удалении кисты с соблюдением всех мер, предупреждающих распространение паразитов в организм или в области малого таза и промежности.

При лечении больных с тератомами пресакральной области применяли следующую тактику. Тератому удаляли, максимально сохраняя неизмененные ткани. Далее саниро-

вали стенки свищевого хода до стенки прямой кишки или промежности. Затем несколькими узловыми викриловыми швами ушивалось отверстие у стенки прямой кишки, далее ушивалась остаточная полость, используя местные ткани для уменьшения площади раны. В послеоперационном периоде полость орошалась раствором хлортексидина и затем накладывали 10% синтомициновую мазь.

Использованная хирургическая методика позволила добиться выздоровления всех больных.

Заключение. Таким образом, своевременная диагностика, индивидуальный выбор метода лечения у больных с пресакральными тератомами позволяет обеспечить у большинства таких пациентов удовлетворительные исходы лечения.