

**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"**

ИЛМ ВА ТАҲСИЛОТИ ТИББӢ – АЗ АНЪАНА БА ИННОВАТСИЯ

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

МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА И ОБРАЗОВАНИЕ – ОТ ТРАДИЦИЙ К ИННОВАЦИЯМ

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

MEDICAL SCIENCE AND EDUCATION – FROM TRADITIONS TO INNOVATIONS

Materials of yearly XXXth Scientific and Practical Conference
Of the State Educational Establishment «Institute of Postgraduate Education
in Health Sphere of the Republic of Tajikistan»
(with international participation)

Душанбе
11 октябри соли 2024
11 октября 2024 года

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

- Мухиддин Н.Д.** председатель организационного комитета, ректор ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», д.м.н., профессор
- Давлятов С.Б.** зам. председателя организационного комитета, проректор по науке и инновациям ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», академик РАМТН, 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 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», к.м.н., доцент
- Джабарова Т.С.** зав. кафедрой общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», к.м.н.
- Джураев М.Н.** зав. кафедрой аллергологии и иммунологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», д.м.н.
- Ибодзода Х.** профессор кафедры детской хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», академик РАМТН, д.м.н., профессор
- Икромид 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
- Муродзода А.М.** зав. кафедрой эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», академик РАМТН, 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.
- Шукурова С.М.** зав. кафедрой кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», д.м.н., профессор
- Шумилина О.В.** доцент кафедры эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», к.м.н.

СОДЕРЖАНИЕ

К 30-й годовщине ежегодной научно-практической конференции ГОУ "Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан"

Муҳиддин Н.Д.

Обращение ректора ГОУ "Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан" к гостям и участникам конференции 13

РАЗДЕЛ I

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Баротова Б.Х., Мирзоев Н.Т., Улаева М.О., Набиева М.А., Султонов А.Г.

Тақвими ҷабҳҳои дар пешгирии маъюбшавии кӯдакон, дар муассисаҳои кӯмаки аввалияи тиббии санитарии шаҳри Бохтар 16

Ғоибов А.Г., Джаборова Т.С., Рузиев М.М., Оймахмадов Х.Д.

Некоторые юридические аспекты семейного насилия в Таджикистане 17

Давлатова Н.А., Шоев Қ.А.

Омӯзиши таъсири ихтилолҳои среброваскуляри дар кӯдакон 18

Джаборова Т.С., Рахматова Н.А.

Проблемы обеспечения кадровыми ресурсами медицинских учреждений и пути их решения 19

Джаборова Т.С., Рахматова Н.А.

Тенденции подготовки руководящих кадров здравоохранения 20

Касымова С.Д.

К вопросу о качестве оказания медицинской помощи беременным с гестационным сахарным диабетом 21

Мардонова С.М., Мухамдиева С.М., Муминова Ш.Т., Сайдахмадова Ш.Дж.

Эффективность внедрения клинического протокола «Венозные тромбозмболические осложнения в акушерстве: факторы риска, диагностика, клиника, профилактика» 22

Махмудов Д.Т., Худоёров С.А., Гурезов М.Р.

К вопросу о распространённости аномалий окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений среди детского населения Республики Таджикистан 23

Мирзабекова Б.Т., Моҳд Ф.А., Фозилова З.А., Ахмадова З.У.

Потенциальные факторы риска ранних неонатальных потерь при преждевременных родах в стационаре третьего уровня 24

Мирзабекова Б.Т., Мухамдиева С.М., Юнусова Д.З., Абдурахмонова С.А.

Оценка существующей модели направлений/перенаправлений в период регионализации в труднодоступных районах Хатлонской области (на примере района ш. Шохин) 25

Мирзоев А.С., Саидзода Ф.Б., Бобохонова М.С.

Искоренение полиомиелита - ответные мероприятия в Республике Таджикистан 26

Мирзоев А.С., Шарипов А.А.

Оценка уровня знаний медицинских работников по вопросам профилактики инфекции и инфекционного контроля в некоторых лечебно-профилактических учреждениях ГБАО Республики Таджикистан 27

Мухамдиева С.М., Мирзабекова Б.Т., Хайридинона Дж.А.

Улучшение качества антенатального ухода в период совершенствования системы регионализации перинатальной помощи (на примере города Душанбе) 29

Мухторзода А.Н.

Соҳтори оризаҳои гемофилия дар шароити иқлими гарми Ҷумҳурии Тоҷикистон 29

Назарзода Ф.Н., Ёров У.У., Норқулов Т.

Оиди тақмили амалияи тибби хусусӣ 30

Назирова Н.К., Шодиева Ш.К., Наджмиддинова К.И. Результаты оценки качества диспансеризации пациентов с артериальной гипертензией в практике семейного врача в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе Республики Таджикистан	31
Норкулов Т., Мусоев И.И., Шарипова Ф.Ш., Бердиев Х.З. Оиди зарурияти такмили таҳсили ёрии паллиативии тиббӣ	32
Нурматова З.И. Готовность молодых женщин-студенток города Худжанда к материнству	33
Ортикова М.М., Давлятова Д. Дж., Воситзода З.Ф. Мнение населения об активности посещения семейного врача на дому	34
Ортикова М.М., Давлятова Д. Дж., Каримова Ш.З. Влияние уровня денежного дохода на распространённость гельминтозов среди членов семьи	35
Ортикова М.М., Давлятова Д. Дж., Каюмов Ф.Дж., Салимова М.Д. Определение медицинских знаний среди членов семьи о путях передачи гельминтозов	36
Раджабова Г.К., Султанова Дж.М., Ахмерова Н.Ш., Мирзоева К.Д., Саидова Ф.К. Важность микробиологического исследования урогенитального тракта женщин при неотложной гинекологической патологии	37
Рахматова Н.А., Рахматова Р.А., Хусаинова А.А. Динамика первичной заболеваемости сахарным диабетом в Республике Таджикистан за 2019-2023 гг.	39
Рахматова Н.А., Сайфуддинов С.Р., Рахматова Р.А. Динамика случаев госпитализации и больничной летальности по причине сахарного диабета в Республике Таджикистан	39
Рахматова Н.А., Тешаева З.И., Козизода М.Х. Роль врачей первичного звена здравоохранения в оказании помощи при неотложных состояниях у детей	39
Саидзода П.А., Курбанов Ш.М. Короткий протокол стимуляции суперовуляции при различных формах бесплодия в программах экстракорпорального оплодотворения	41
Самадова Г.А., Дадабаева Б.С., Шарипова Ш.Т. Анализ работы кабинета доврачебного приёма при отделениях семейной медицины ПМСП	42
Самадова Г.А., Шарипова Ш.Т., Дадабаева Б.С. Изучение результатов антропометрических исследований у подростков	42
Сафаров З.Ш., Рахматова Н.А., Касьмова С.Д., Самадова Г.А. Информирование о новых подходах к скринингу	43
Файзиев И., Икромов Г. Дж., Сулотонова А., Саидова М. Особенности структуры заболевания слизистой оболочки полости рта у жителей Согдийской области	44
Файзиев И., Икромов Г. Дж., Мамуров М.Н., Рахматова С.А. Распространённость и интенсивность стоматологических заболеваний у школьников старших классов г. Худжанда	45
Файзиев И., Темурова М.К., Зунунов Г.Б., Джураев Б.Л. Опыт оказания стоматологической помощи больным с заболеваниями крови	46
Фирузаи Рахмон, Ходжаева С.А., Амирова Н. Упущенные возможности качества медицинских услуг при эклампсии	47
Хайридинов М.Т., Хайридинов Д.М., Мадалшева З.Б., Солиева Д.Н. Распространённость метаболического синдрома среди лиц молодого возраста, проживающих в условиях низкогорья	48
Хайруллоев П.Дж., Мавлонзода А.Х., Улмасов М.Ю. Научное обоснование совершенствования методов обучения в Худжандском медицинском колледже	49

<i>Хамиджанов Э.Х., Турдалиева Ч.Э., Алиджонова Г.Г., Нажмидинова М.М.</i> К использованию Астма-теста для контроля над бронхиальной астмой на догоспитальном этапе в практике семейного врача	51
<i>Хушвахтов Д.Д., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Гафаров Х.О.</i> Диагностика периоститов челюстей в амбулаторной практике	52
<i>Хушвахтов Д.И., Мирзоев М.Ш., Аскарлов С.Х., Хушвахтов Д.Д.</i> Премедикация больных в условиях стоматологической поликлиники	53

РАЗДЕЛ II ТЕРАПИЯ

<i>Абдулоев Х. Дж., Хасанов С.</i> Значение возраста во взаимоотношении с гиперурикемией, гиперлипидемией и ожирением у больных подагрой	55
<i>Азимзода С.М., Алимова Н.А., Турдыева Н.А., Ходжаева З.Ш.</i> Новые подходы к диагностике гипераммониемии у больных с хроническими заболеваниями печени	55
<i>Азимзода С.М., Алимова Н.А., Турдыева Н.А., Ходжаева З.Ш.</i> Опыт применения гепатопротектора гептрала у больных с хроническими заболеваниями печени	56
<i>Акбарова М.М., Саъдуллоев А.Ф., Джураева М.М.</i> Особенности течения крапивницы	57
<i>Акбарова М.М., Саъдуллоев А.Ф.</i> Лазерная терапия при лечении бронхиальной астмы	58
<i>Амонов Б.П., Тошболтаева С.С.</i> Баъзе мушкilotҳои таълиму тарбия дар раванди гузариши дарсҳои амалӣ	59
<i>Ахунова Н.Т., Холов С.С., Боронов А.Б., Шокиров Ф.Р., Холиков Р.В.</i> Особенности суставного синдрома при системной склеродермии	60
<i>Ахунова Н.Т., Холова З.У., Абдулоев Дж.Х., Зарипов З.Ш., Рахматов Дж.</i> Гематологический синдром у больных с системной красной волчанкой	61
<i>Ахунова Н.Т., Холова З.У., Сафаров З.Ш., Джамиллов Б.С., Аишурова Д.Б.</i> Системная красная волчанка и гематологический синдром	62
<i>Бойбобоев А.А.</i> Клинико-социальная характеристика несовершеннолетних правонарушителей	63
<i>Гадоев С.Х., Рашидов И.М., Абдуллоев Ф.Н., Бобиева Н.Х.</i> Радикальное лечение анемии Брайта	64
<i>Гадоев С.Х., Рашидов И.М., Ахунова Н.Т., Бобиева Н.Х.</i> Эффективность применения препарата «Вессел Дуэ Ф» у больных с диабетической нефропатией	65
<i>Гайратова И.Б., Асадов С.У., Носирова Ф.П.</i> Уровень гликированного гемоглобина у больных ишемической болезнью сердца	66
<i>Гоибова З.В., Назруллаева А.Р.</i> Некоторые особенности сердечной деятельности и центральной гемодинамики у пациентов с катехоламин-секретирующими опухолями	66
<i>Джумаева Л.Ф., Исмоилов К.И.</i> Иммунологические особенности у новорождённых с бактериальной пневмонией	67
<i>Закирова К.А., Рахимова Р.А., Махмудова П.У., Махмудова Р.У.</i> Множественный и широко лекарственно устойчивый туберкулёз при сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ в Согдийской области	69
<i>Закирова К.А., Сохибов Д.К., Махмудова Р.У., Махмудова П.У.</i> Магнитно-резонансная томография в диагностике туберкулёза позвоночника	70

Зубайдова Т.М., Давлаткадамов С.М., Эльназаров М.Х., Давлатова Г.Х. К вопросу об острой токсичности суммы экстрактивных веществ корня макротомии красящего (<i>Macrotomiae Uchroma (Royle) Pauls</i>), произрастающего в высокогорьях Памира	71
Зубайдова Т.М., Урунова М.В., Алиев Ф.Б., Джалилов Г.К. Применение травы душицы мелкоцветковой (<i>Origanum Tyttanthum Gontsch</i>), обыкновенной (<i>Origanum Vulgarel</i>) и копедатской (<i>Origanum Kopetdaghese Borsis</i>), как декоративных растений	71
Зурбекова Ш.Р., Олимова Ф.К., Махкамов К.К., Маджидова З.Х. Влияние профилактики РДС на показатели летальности недоношенных	72
Иззатов Х.Н., Абдурахманова Р.Ф., Файзуллоев А.Х., Хокировев Д.С., Назаров Дж.Дж. Синдром Гийена-Барре у детей	73
Касирова Г.С., Гайратова И.Б., Асадов С.У. Лечение и исходы пациентов с повторным инфарктом миокарда	75
Касымов А.О., Касымов О.И., Бухоризода К.М. О влиянии гнездной алопеции на качество жизни больных	75
Мирахмедова М.А. Об эффективности применения линаглиптина у больных сахарным диабетом 2 типа	76
Мирзокаримова Н.С. Особенности течения лейкемии, ассоциированной с <i>Ascaris Lumbricoides</i> , в зависимости от возрастного аспекта	77
Муниева С.Х., Нуралиев У.С., Одинаев З.Г., Мансурова О. Случай абсцедирующего подрывающего фолликулита Гоффмана	78
Муниева С.Х., Самадзода У.С., Шукурова М.А., Сайдаминов Н.И. Кандидоз и папилломы у женщин с бактериальным вагинозом	79
Муниева С.Х., Таджибаев У.А., Абдухамидова З.А., Сафарова Ф.С., Одинаев З.Г. Псориаз лица в клинической практике	79
Музаффаров Ш.С., Махкамов К.К., Асламова Г.К., Зарипов А.Ш. Нарушения ионного баланса у поздних новорожденных при специфических внутриутробных инфекциях	80
Мустафакулова Н.И., Мухторзода А.Н., Мустафакулов С.С. Особенности течения гемофилитической нефро- и артропатии	81
Нарзуллаева А.Р., Урунбоева Д.С., Табаров А.И. Половые различия факторов риска развития осложнений при инфаркте миокарда	82
Раупова Р.И., Буриев Б.Б., Файзиев Б.Т., Аминова Ф.Н., Структура аномалий развития почек и мочевых путей у детей по данным нефрологического отделения детской клинической областной больницы г. Худжанда	83
Раупова Р.И., Садикова З.Т. Особенности течения синдрома дыхательных расстройств у глубоко недоношенных детей	83
Салимов Б.М., Салимов Ш.Б., Шукурова М.Х., Гулямхайдарова Д.А., Бобоева Н.Р. Эффективность эрбинола при лечении микроспорий	85
Умаров С.К., Давлатова Г.Х. Влияние прополиса на морфологические изменения печени при хронической интоксикации этанолом	85
Умаров С.К. Влияние фосфоглива на ферменты системы антиоксидантной защиты печени при хронической алкогольной интоксикации	86
Урунова Ш.Д., Рахимова М. Особенности применения масла черного тмина у больных с остеохондрозом позвоночника	87
Урунова Ш.Д., Рахимова М. Течение и особенности головокружения у больных среднего и пожилого возрастов	88

Холиков З.Х., Хукумзода М.З. Использование интраназальных капель (Истаран) у больных с аллергическим ринитом	88
Холова З.У., Ахунова Н.Т., Чамилов Б.С., Меликова Н.А., Инновационные методы лечения ревматоидного артрита	89
Шукурова С.М., Ахунова Н.Т., Холов С.С., Меликова Н.А. Клинические фенотипы и состояние иммунного статуса болезни Бехчета в популяции Республики Таджикистан	90
Шукурова С.М., Зоидова Ф.М., Собирова О.М. Эхокардиографическая картина больных с ревматическими заболеваниями	91
Шукурова С.М., Курбонова Ф.У., Зоидова Ф.М. Частота и ранние предикторы легочной гипертензии у больных системной красной волчанкой	92
Шукурова С.М., Носирова Ф.П., Махмудова Г.Н. Гиперурикемия и её связь с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с сахарным диабетом второго типа	92
Шукурова С.М., Одинаев П.Х., Рахматуллоев Х.Ф. Факторы риска и коморбидность у больных хронической сердечной недостаточностью в ассоциации с фибрилляцией предсердий	93
Шукурова С.М., Рахматуллоев Х.Ф., Одинаев П.Х. Морфофункциональная характеристика сердца у больных с фибрилляцией предсердий	94
Шукурова С.М., Рашидов И.М., Гоибназаров А.А. Связь метаболического синдрома с серьёзными неблагоприятными сердечно-сосудистыми событиями у больных с хронической болезнью почек	94

РАЗДЕЛ III ХИРУРГИЯ

Абдуолимов А.А., Мамажонов Б.С., Назиров С.Н., Нарзулоев В.А., Шарифов М.С. Морфологические особенности внутримозговых сосудов при цереброваскулярных заболеваниях	96
Абдуллашев А., Икромов Т.Ш., Ходжаева Дж.К. Предоперационная подготовка детей с перфорацией кишечника	97
Азизов А.Х., Вахобов А., Хамидов Д.Б., Худойбердиев А.М., Юлдашев Ф.Р. Влияние малообъемной инфузионной терапии на гемодинамику у больных с сочетанной травмой	98
Акилов Х.Д., Камолов М.М. Современные подходы к лечению больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями	98
Акилов Х.Д., Камолов М.М. Тактика хирурга при синдроме Маллори–Вейсса	100
Акрами Шохона, Юсупова З.Х., Исмоилов Ф.Н. Патологическая стираемость зубов на фоне применения металлокерамических конструкций с окклюзионными накладками	101
Акрами Шохона, Юсупова З.Х., Мухидинов Ш.Д. Лечение воспалительных заболеваний пародонта «Випденталом»	101
Алиева С.Д. Особенности иммунологического статуса беременных женщин при хроническом бруцеллезе	102
Ашуров Г.Г., Олимов А.М. Клинико-математическая оценка интенсивности переходов состояний заболеваний пародонта у детей с расщелиной губы и нёба	103

Ашуров Г.Г., Шокиров М.К. Состояние сливо-гомеостатических показателей полости рта у лётного состава гражданской авиации	105
Бокиев Ф.Б., Камолов А.Н., Маликов М.Х., Махмадкулова Н.А. Влияние внутрибрюшной гипертензии на выбор способа герниопластики	106
Гульмурадов У.Т., Шарипов З.Р. Современная миниинвазивная хирургия варикозной болезни	107
Гульмурадов У.Т., Маркин С.С. Аппаратные осложнения и ошибки при эндовенозной лазерной облитерации вен нижних конечностей	108
Давлатзода Б.Х., Рахматова Р.А., Хокиров Т.З., Гиёсов Х.А. Некоторые аспекты терапии больных с тяжелой черепно-мозговой травмой	108
Давлятов С.Б., Баходуров Дж.Т., Сулаймонов С.Ч., Мухаммади О. Использование никелид-титановой пластинки для коррекции воронкообразной деформации грудной клетке у детей	110
Додохоева М.Ф., Муродова Ш.М., Мардонова С.М., Ёрова Х.Х. Предикторы развития разрыва промежности во время родов	111
Ёров У.У., Назаров Х.Ф., Хасаналиева А.Х. Диагностическая лапароскопия при острой хирургической патологии органов брюшной полости и малого таза у детей	111
Икромов Т.Ш., Саломов А.К., Абдулалиев А. Периоперационная подготовка детей с хроническими нагноительными заболеваниями легких в зависимости от степени операционного риска	112
Икромов Г.Д., Файзиев И.Д., Хасанова Н.И. Преимущества раннего лечения зубочелюстных аномалий	114
Исомадинов Х.Г., Раджабов Дж., Юлдошев Х.Ф., Султанов Э.Д. Госпитальные результаты одномоментного коронарного шунтирования и каротидной эндартерэктомии	114
Каримов С.М., Эсанов М.А., Зарипов А.Р., Шарипов Х.С. Результаты клинико-рентгенологического изучения состояния девитальных опорных зубов в системе ортопедической конструкции	115
Касиров И.М., Олимов Т.Х., Шамсидинов Б.Н., Мухторова П.Р., Гулмуродова Т.С. Оценка значений функции внешнего дыхания в диагностике больных с полипозными риносинуситами	117
Касымова З.Н., Рахимбоева Н.У., Гафурова Д.А., Муминова Г.Ф. Альтернативный метод баллонной тампонады при акушерских кровотечениях	117
Кахарова Р.А., Сироджеев Д.Н., Рабиев А.Х., Баладжонов Ш.М. Хирургическое лечение эпителиального копчикового хода	119
Кахарова Р.А., Сироджеев Д.Н., Рабиев А.Х., Курбонов Ш. Опыт лечения больных с острым парапроктитом	119
Кобилев О.У., Кодир Т.Р., Муслимов Н., Мирзоходжаев Ш.Ш. Использование аппарата «Андрогин» в комплексном лечении хронического простатита	120
Кобилев О.У., Кодир Т.Р., Ходжаева М.М., Муслимов Н. Особенности ультразвуковой диагностики заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки	121
Кодиров А.Р., Гиесов Х.А., Рахматова Р.А., Хушвахтов З. Корригирующая терапия у детей при сочетанных травмах	123
Кодиров А.Р., Рахматова Р.А., Набиев З.Н., Абдурахимов И.Х. Обезболивание пострадавших детей с сочетанными травмами	123
Кодиров З.А., Султанов Д.Д., Кодиров А.Р. Эффективность дермо-липо-фасцио-эктомии при лечении слоновости нижних конечностей	124

Кодиров Т.А., Мамажанов Б.С., Исраилов Р.И., Худайбердиев К.Т. Морфологические изменения хряща фасеточного сустава при дегенеративных заболеваниях поясничного отдела позвоночника	125
Косимов З.К., Халифаев У.Р., Хамидов Дж.Б., Мухсини С., Немонов Х.Д. Влияние послеоперационной эпидуральной анальгезии на центральную гемодинамику	126
Мирзоев М.Ш., Гафаров Х.О., Ходжаев М.У., Хушвахтов Д.И. Верхнечелюстные синуситы, вызванные пломбирочными материалами	127
Мирзоев М.Ш., Гафаров Х.О., Хушвахтов Д.И., Ходжаев М.У. Совершенствование хирургических методов лечения костных анкилозов височно-нижнечелюстного сустава	128
Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Гафаров Х.О., Ходжаев М.У., Рахмонов И. Рентгенологическая оценка патологии височно-нижнечелюстного сустава	129
Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Ходжаев М.У., Хушвахтов Д.Д., Рахмонов И. Удаление зубов у больных с гемофилией	130
Мирзоев С.М., Муминова М.Д., Еникеев А.А., Назифова М.Т., Файзуллозода П.Ф. Методики купирования острого кератоконуса	131
Мирзоев С.М., Муминова М.Д., Еникеев А.А., Мирзоев Ф.С., Алиева П.К. Рефракционная замена прозрачного хрусталика у пациентов с миопией высокой степени	133
Мурадов А.А., Пырегов А.В., Шумилина О.В., Мурадов А.М., Икромов Т.Ш. Влияние лёгких на свёртывающую и антисвёртывающую системы гемостаза при полиорганной недостаточности у родильниц с доминирующим течением острого почечного повреждения	134
Мурадов А.А., Пырегов А.В., Шумилина О.В., Мурадов А.М., Ньмонов Х.Д., Ньмонова О.Р., Назармамадов Н. Локальный ДВС-синдром в лёгких при полиорганной недостаточности у родильниц с доминирующим течением острого почечного повреждения	135
Мурадов А.А., Пырегов А.В., Шумилина О.В., Мурадов А.М., Косимов З.К. Влияние лёгких на разные фракции компонентов токсичности при полиорганной недостаточности с доминирующим течением острого почечного повреждения	136
Мурадов А.М., Шумилина О.В., Ганиева М.Т., Муродова Ф.С., Ризоев М.М., Хамрокулов А.А. Особенности некоторых социальных и возрастных аспектов у пациентов с тяжёлым и крайне тяжёлым течением синдрома Гийена-Барре	136
Муродов М.А., Рахмонов Дж.А., Султанов Д.Д., Ньматзода О. Госпитальные результаты селективной шейно-грудной симпатэктомии у пациентов с дигитальной акральной ишемией	137
Муродова Ш.М., Мухиддинов Н.Д., Додхоева М.Ф., Мардонова С.М., Ёрова Х.Х. Морфологические изменения стенок влагалища при недостаточности мышц тазового дна у женщин репродуктивного возраста	138
Муродова Ш.М., Мухиддинов Н.Д., Додхоева М.Ф., Мардонова С.М. Осложнения после наложения непрерывного шва при проведении оперативного вмешательства по поводу недостаточности мышц тазового дна урогенитальной области	139
Мухаммадиева С.М., Ахмеджанова Г.А., Алиева Э.К., Сайдахмадова Ш.Дж. Применение современного чисто прогестинового контрацептива пролонгированного действия Sayana Press у женщин репродуктивного возраста	140
Мухиддинов Н.Д., Болтуев К.Х., Абдуллозода Ф.А., Курбонов Н.Г., Миров Ф.Н. Видеолапароскопическое лечение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с применением сетчатого имплантата	141
Мухиддинов Н.Д., Курбонов Н.Г., Абдуллозода Ф.А., Болтуев К.Х., Миров Ф.Н. Видеолапароскопическая диагностика и хирургическое лечение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в сочетании с ахалазией кардии	142

Мухиддинов Н.Д., Курбонов Н.Г., Болтуев К.Х., Мухиддинов Д.Н. Диагностика и хирургическое лечение кальцинированного эхинококкоза печени	143
Мухиддинов Н.Д., Курбонов Н.Г., Болтуев К.Х., Хасанова Р.М. Видеолапароскопические вмешательства с сохранением маточной трубы при внематочной беременности	144
Мухиддинов Н.Д., Муродова Ш.М., Мардонова С.М., Ёрова Х.Х. Хирургическое лечение при недостаточности мышц тазового дна	145
Мухиддинов Н.Д., Назарзода Ф.Н., Назаров Х.Ф. Малоинвазивные технологии в лечении острого калькулёзного холецистита, осложнённого реактивным гепатитом и желтухой	145
Мухиддинов Н.Д., Насриддинов Э.К., Элмуродов Э.Х. Опыт симультанной операции - трансуретральной резекции предстательной железы и паховых грыж	146
Назарзода Ф.Н., Кодиркулов Э., Назаров Х.Ф. Применение и эффективность эндоскопической технологии в лечении острого аппендицита	147
Назарзода Х.Н., Назарзода Ф.Н., Назаров И.Х., Камолзода С.К. Артроскопия при травмах и заболеваниях коленного сустава	148
Назаров И.Х., Назарзода Х.Н., Мирзоев Р.Р. Лечение переломов проксимального отдела бедра на фоне остеопороза	149
Назирова С.Н., Сагдуллаев Н.Н., Ганиев Ф.И., Шарифов М.С., Бозоров Ш.М. Клинико-морфологические особенности механических повреждений структур головы у детей	150
Назирова С.Н., Хасанова М.А., Ашуурова Н.Д., Холматова К.И. Анализ возможностей установления наличия спермы в пятнах на вещественных доказательствах	151
Назирова С.Н., Шарифов М.С., Бахриев И.И., Ашурбоев М.Х., Нодирбокиев А.А. Судебно-медицинское значение альгологического исследования водоемов г. Душанбе	151
Намозова З.С., Мухаммадиева С.М., Мардонова С.М., Муминова Ш.Т. Факторы риска перинатальных исходов у первородящих женщин, перенесших кесарево сечение, в стационаре третьего уровня	153
Насридинова Х.С., Нарзуллаева А.Р., Мухаммадиева С.М., Тошматова М.К. Особенности течения, исходы беременности и родов у женщин с пролапсом митрального клапана	154
Назирова С.Н., Норкулов У.Ф., Сагдуллаев Н.Н., Мухаммадиев Н.Н., Шарифов М.С. Моделирование повреждений структуры головы для установления орудия травмы	155
Нурматова З.И. Восстановление вагинальной микрофлоры после противомикробной терапии бактериального вагиноза и вульвовагинального кандидоза у беременных	156
Обидов С.А., Олимов А.М. Состояние исходных интенсивных показателей основных стоматологических заболеваний у детей с врожденными несращениями верхней губы и нёба	157
Олимов А.М., Ашууров Г.Г. Исходные показатели пародонтологического статуса у детей с расщелиной верхней губы и нёба	158
Олимов А.М., Ашууров Г.Г. Эффективность лечения хронического гингивита у детей с расщелиной губы и нёба	160
Остонаева О.М., Исmoilов М.М., Шарипов Г.Н., Зиёзода С.С. Трубная форма внематочной беременности: показания к различным методам реконструкции	161
Раджабова Г.К., Султанова Дж.М., Ахмерова Н.Ш., Мирзоева К.Д. Эндоскопическая картина эндометриоидных кист яичников	162

Разакова Ш.К., Зарипов А.Р., Махмудов Д.Т. К вопросу о комплексной оценке ситуации с оказанием ортодонтической помощи детям с аномалиями зубочелюстной системы	163
Расулов С.Р., Дилиходов С.А., Сафарзода Н. Редкий случай внескелетной хондросаркомы средостения	164
Рустамова М.С. Эффективность комплексной коррекции нарушений у женщин с метаболическим синдромом	165
Рустамова М.С., Бурхонов С.Б., Якубова З.Х. Особенности минерального обмена и статуса витамина D у беременных женщин со стоматологической патологией и анемией	166
Саидов М.С., Хакимзода Б.Х., Саидова М.М., Исмоилов Э.Х. Зависимость формы и заживления послеоперационной раны от различных факторов при выполнении аугментационной маммопластики	167
Сайдуллоев Л., Мурадов А.М., Джабборов Н.Х., Муминов Н.О. Хирургические вмешательства у больных уросепсисом	168
Салимов Ф.М. Лечение капиллярно-кавернозных гемангиом сложной анатомической локализации у детей раннего возраста	170
Салимов Ф.М., Султанов Д.Д., Нетьматзода О., Усмонов Дж.Н. Результаты комплексного лечения врождённых мальформаций кранио-цервикальной зоны	171
Салимов Ф.М., Шохсаврбеков А.Ш. Эффективность В-блокаторов при лечении гемангиом	172
Солихов Р.Дж., Абдусаматов К.А. Рентгеноэндоваскулярное лечение острой артериальной непроходимости нижних конечностей	173
Саломов А.К., Икромов Т.Ш., Абдулалиев А. Интенсивная терапия при нарушениях гемокоагуляционной функции легких у детей с хроническими нагноительными заболеваниями легких	174
Сидиков И.И., Султанов Д.Д., Нетьматзода О., Рахмонов Дж.К. Скрининг бессимптомных поражений периферических артерий у пациентов с сахарным диабетом	175
Сироджов К.Х., Исупов Ш.А. Хирургическая тактика при сочетанных открытых переломах бедренной кости	176
Сироджов К.Х., Сироджзода М. Оптимизация диагностики и профилактики жизнеугрожающих осложнений острого периода сочетанных переломов конечностей	177
Сироджов К.Х., Сироджзода М.С., Махмадалиев Г.Ф. Оценка тяжести черепно-мозговой травмы у пациентов с сочетанной травмой	178
Султанов Э.Д. Непосредственные результаты каротидного стентирования и каротидной эндартерэктомии у пациентов с высоким хирургическим риском	179
Туракулов Х.М., Саидов М.С., Раджабов М.Ф. Сравнительная характеристика различных методов редукционной маммопластики в реконструктивно-пластической хирургии груди	180
Улмасов А.О., Мамажанов Б.С., Назиров С.Н., Нарзулов В.А. Иммуногистохимическая оценка воспалительных изменений полости носа и околоносовых пазух при аллергическом рините	181
Файзиев И., Мамаджанов Ш.И., Набиев Б.Дж., Якубов Р.М. Возможные варианты клинических проявлений дермоидной кисты подъязычной области	182

Файзов К.С., Юсупова З.Х., Назарова М.Дж. Особенности применения металлокерамических конструкций при аномалиях развития и положения зубов	183
Ходжаева Дж. К., Икромов Т.Ш., Абдуллашев А., Икромов П.Б. Сравнительная оценка методов обезболивания при операциях на легких у детей	184
Хайридинова С.С., Болиева Г.У., Ошурмамадова Р.Б., Рахматова Ф.К. Особенности менструальной функции у пациенток со склерополикистозом яичников	185
Хакназаров Х.Ш., Зикирзода А.Х., Рустамзода Х.К., Джомиев Б. Использование концентрата тромбоцитов при особых формах тромбоцитопений	186
Хамидов А.К., Расулов С.Р., Шарипов Б.А. Эндогенная интоксикация у больных с местно-распространёнными и генерализованными формами рака молочной железы	187
Хамидов А.И., Каримов С.М., Муллоджанов Г.Э. Структуризация исходного состояния муко-гингивального комплекса среди стоматологических пациентов	188
Ходжиева М.М., Мухамади Н.З. Клиническое наблюдение хориокарциномы с метастазами в верхнюю челюсть	189
Худоёров С.А., Гурезов М.Р., Ашууров Г.Г. Результаты изучения динамики эмоционального реагирования в системе ортодонтической реабилитации подростков с аномалиями зубочелюстной системы	190
Шайдоев С.С., Шамсидинов Б.Н., Бегов А.А., Мухторова П.Р., Гулмамадова Г.Б. Значение рентгенологических методов исследования в диагностике папилломатоза гортани у детей	191
Шамсов Н.Х., Шаймонов А.Х., Туракулов Х.М., Саидов М.М. Применение спинальной анестезии у взрослых пациентов с последствиями ожогов нижних конечностей	192
Шокиров М.К., Ашууров Г.Г. Эффективность пародонтологической терапии в зависимости от уровня комплаентности лётного состава гражданской авиации с патологией структурных единиц тканей пародонта	193
Шокиров М.К., Исмоилов А.А., Ашууров Г.Г. Особенности течения хронического гингивита у сотрудников гражданской авиации Республики Таджикистан	195
Шумилина О.В., Мурадов А.М. Некоторые показатели токсичности смешанной венозной и артериальной крови при синдроме эндогенной интоксикации	196
Шумилина О.В., Мурадов А.М., Мурадов А.А., Хамрокулов А.А., Ризоев М.М., Неъмонов Х.Д., Неъмонова О.Р. Состояние детоксикационной функции легких при синдроме эндогенной интоксикации после непрямого электрохимического окисления крови	198
Юльчиев Р.И., Ашууров Г.Г. Ситуационная оценка интенсивности удаленных и подлежащих удалению зубов, как возможных предикторов риска луночкового кровотечения	199
Юльчиев Р.И., Каримов С.М. Сопоставительный анализ факторов риска луночковых кровотечений (удаленных и подлежащих удалению зубов) в различных территориально-административных зонах Республики Таджикистан	201
Юсупова З.Х., Назарова М.Дж., Шамсидинов А.Т. Оценка качества металлокерамических коронок и коронок из безметалловой керамики	202
Юсупова З.Х., Рахмонова Р.А., Чийёнова С.Р. Преимущества и недостатки виниров в современной стоматологии	203
Шумилина О.В., Баховадинов Б.Б., Ашурзода Г.С., Одиназода А.А., Певцов Д.Э., Мурадов А.А., Третьякова А.Ю., Додхоева М.Ф., Ермачкова А.В. Трансфузионно-ассоциированное повреждение легких в акушерско-гинекологической практике	203

Кодири Т.Р., Кобилов О.У., Исматов А.А., Бозоров К.А. Ультразвуковая диагностика острого серозного калькулезного пиелонефрита	205
Кодири Т.Р., Рахимов У.Ю., Кобилов О.У., Пулотов М.Т. Диагностика и лечение геморрагического цистита у женщин	206
Кодири Т.Р., Сайдуллаев Л.С., Аминов А.А., Назаркулов Ш.Х. Микротвердость почечных конкрементов	
Қодирӣ Т.Р., Назаркулов Ш.Х., Аминов А.А., Бозоров К.А. Безурётии мард ва простатити музмин	207
Сайдуллаев Л.С., Кодири Т.Р., Рахимов У.Ю., Исматов А.А. Доплерографическое определение кровоснабжения простаты у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы	208
Исматов А.А., Кодири Т.Р., Рахимов У.Ю., Мирзоходжаев Ш.Ш. Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений у больных с ДГПЖ до- и после операции ТУР	209

Мўхтарам вакилон ва иштирокчиёни конференсия, устодон, меҳмонони олиқадр ва ҳамкасбони гиромӣ!

Сараввал ичозат фармояд аҳли толорро самимона бо оғози кори конференсияи XXX-юми солонани илмӣ-амалии Муассисаи давлатии таълимии «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон», ки дар мавзӯи «Илм ва таҳсилоти тиббӣ – аз анъана ба инноватсияҳо» ташкил карда шудааст, табрику таҳният гӯям. Мавриди зикр аст, ки ҳар сол конференсияи илмӣ – амалии донишқада баргузор гардида, дар муддати сӣ сол ташкили ин чорабинии муҳим ба ҳукми анъанани хуби соҳаи тандурустии кишвар муқаррар шудааст. Басо рамзнок аст, ки мавзӯи конференсияи сиюмини донишқада низ ин равандро таҷассум карда, мисли анъана имсол ҳам форуми мазкур дар ҳошияи силсилаи чорабиниҳои муҳими ҷумҳуриявӣ дар фазои хайрхоҳиву дӯстона ва муҳити фараҳбахши ҷашнвораҳои давлатии Тоҷикистон, махсусан дар арафаи таҷлили 30 – солагии Конституцияи Ҷумҳурии Тоҷикистон баргузор шуда истодааст.

Раванди инкишоф ва рушди таҳсилоти баъдидипломӣ сол аз сол вуҷат ёфта, зинаҳои зиёди ташаккули фаъолиятро гузаштааст. Айни замон Муассисаи давлатии таълимии «Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон» қузъи калидии сохтори тайёркунии кадрҳои баландхаттисоси тиббӣ буда, ҳамчун маскани кадрҳои илмию амалияи соҳаи тандурустии кишвар маҳсуб меёбад. Саҳми системаи таҳсилоти баъдидипломӣ дар инкишофи шахсияти табиби баландхаттисосу 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 сулҳ дар оғози соли хониш, ки яке аз анъанаҳои неки даврони соҳибистиқлолӣ, тантанаву бузургдошти саводу дониш ва хираду маърифати мардуми куҳанбунёди тоҷик мебошад, 1 сентябри соли равон оғози соли нави хониш ва мулоқоти Роҳбари давлат бо аҳли маориф дар бинои навбунёди Мактаби таҳсилоти миёнаи № 19 – и пойтахт, ки ҳуди ҳамон рӯз ба истифода дода шуд, баргузор шуда, рӯйдоди хотирмони кормандони таҳсилоти тиббии кишвар гардид.

Пеш аз ҳама бояд қайд кард, ки Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳамеша ба самтҳои афзалиятноки ҳифзи солимии миллат, рушду нумӯи соҳаҳои мухталифи тандурустии кишвар диққати махсус дода, таъмини хизматрасонии босифат ва натиҷабахши 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. Мавриди зикр аст, ки бо раҳнамоӣ ва хидояти бевоситаи Ҷаноби Олӣ, мўхтарам Эмомалӣ Раҳмон дар давоми даврони соҳибистиқлолӣ қорҳои зиёде дар соҳаи тандурустӣ, аз ҷумла таҳсилоти олий ва миёнаи тиббии кишвар анҷом дода шудаанд.

Маҳз дар даврони соҳибистиқлолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ташаккули воқеии системаи таҳсилоти олий миёнаи тиббӣ, аз ҷумла таҳсилоти баъдидипломӣ ба амал омада, тавассути сиёсати пешгирифти Роҳбарияти давлат ҳамчун самти афзалиятнок оид ба рушди захираҳои кадрӣ тандурустӣ ба бунёди системаи муосири омӯзиши потенциали кадрӣ соҳа хусни нав бахшида, ба инкишофи муассисаҳои таҳсилоти то – ва баъдидипломӣ тақони ҷиддӣ дода шуд.

Олимони донишқада 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 калонсолону кӯдакона, инчунин, рушди тандурустии ҷамъиятӣ саҳми назаррас гузошта, пайвасти илмиву таҳқиқотиро анҷом дода истодаанд. Танҳо дар даҳсолаи охир зиёда аз 400 адад усулҳои нави ташхису табобат бо истифода аз технологияҳои муосир, 127 ихтироотҳо ва тақлифҳои ратсионализаторӣ пешкаши беморону ниёзмандон карда шудаанд. Дар ин раванд дар ташхису табобати беморони синну соли кӯдакона усулҳои муосир, аз ҷумла ташхису табобат тавассути усулҳои эндоҷарроҳӣ, ташхиси фаросавтӣ ба мисоли ташхис ва табобати нуқсонҳои модарзодӣ ва бемориҳои рӯдаи гафс, амалиётҳои тармимии барқарорсозӣ ҳангоми ҳама намӯдҳои нуқсонҳои роҳҳои пешоббарор, роҳҳои талхабарор ва шаклавайронии қафаси сина, эзофагопластика аз ҳисоби рӯдаи гафс; аз тарафи олимони кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯй ва стоматологияи кӯдакона аввалин маротиба дар ҷумҳури маводҳои хусусияти хотиравидошта бо маводи никелиди титан; аз ҷониби кормандони кафедраи ҷарроҳии дилу рағҳои хунгард, эндоваскуляри ва тармиму усули кушодани видеоторакоскопии перикард мавриди

табобати беморон бо перикардити экссудативии музмин, усули табобати якҷояи видеолапароскопии беморони узвҳои ковокии шикам ва коси хурд; аз тарафи олимони кафедраи тибби эфферентӣ ва муолиҷаи интенсивӣ усули ташҳиси бармаҳали мавқеии алоими лахташавии дохиливаридии диссеминатсияшуда (ДВС – синдром) ва алоими зарбхӯрии шадиди шушҳо дар кӯдакон бо уролитиази дутарафа, оризаи норасоии музмини фаъолияти гурдаҳо, ташҳиси бармаҳали варами шуши кӯдакон бо уролитиази дутарафа, оризаи норасоии музмини фаъолияти гурдаҳо, ташҳиси 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 татбиқ гардиданд.

Тавре дар мулоқоти худ Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, Пешвои миллат, мӯҳтарам Эмомалӣ Раҳмон 1 сентябри соли 2023 дар Рӯзи дониш ва Дарси сулҳ Ҳангоми ифтитоҳи бинои асосии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино қайд намуданд: «Ҳукумати мамлакат ҳанӯз аз оғози даврони соҳибистиклолӣ ба ҳалли масъалаҳои рушди соҳаи маориф ва илм, фароҳам овардани шароити муосир барои таълиму тарбияи наслҳои ояндасози Ватан ва омода намудани кадрҳо барои иқтисоди миллӣ то имрӯз бисёр иқдомоти созанда ва ба оянда нигаронидашударо амалӣ гардонид. Зеро давлатро танҳо мутахассисони соҳибтаҷриба ва шахсони дорои дигар ихтисосҳои замонавӣ, яъне кадрҳои баландихтисос обод мекунанд. Дар шароити пешрафти босуръати илм ва техникаву технологияҳо танҳо кишварҳои рушд мекунанду мақому ҷойгоҳи сазовори худро нигоҳ дошта метавонанд, ки мардуми босаводу соҳибмаърифат, олимону донишмандон, кадрҳои баландихтисосу ихтироъкор ва техникаву технологияҳои ба талаботи замона ҷавобгӯӣ дошта бошанд».

Ҳамкасбони гиромӣ! Маҳсусан як нуктаро мехоҳам таъкид намоям, ки конференсияи имрӯза дар марҳилаи бениҳоят мураккаб ва тақдирсоз гузашта истодааст, зеро фазои ноороми глобалӣ барои аҳли башар вобаста ба ҳодисаҳои сиёсии мубориза бо экстремизму терроризми ҷаҳонӣ, ки ҳаёту суботи тамоми давлатҳо дар хатар аст, омилҳои тамоми фикру андешаҳои ҳар як шахрванди бонангу номуси ватандор гаштааст. Дар асоси дастуру супоришҳои Сарвари давлат бо мақсади дастгирии сиёсати қунунии Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон дар шароити ниҳоят ҷиддиву ҳассос, ки дар ин маврид таҳаммулгарой, гуфтутӯи тамаддунҳо ва тарғибу ташвиқи андешаву афкори сулҳпарварона барои аҳли башар ниҳоят муҳим ва ҳатто ҳаётӣ мебошад, ҳар яки мову шумо бояд дар ин раванд барои тарбияи ҳисси ватандӯсӣ, вусъат додани ҳушёрӣю зиракии насли наврас, пешгирии ғояҳои ифротгаронаи бегона ва таъмини нигоҳдошти рушди анъанаҳои миллии худ саҳмгузор бошем.

Дар баробари ин, тавре медонед, дар паёмҳои худ аз ҷониби Роҳбари давлат борҳо вазъи таъминот бо мутахассисони соҳаи тандурустӣ дар кишвар ва сифати касбияти онҳо нигаронкунанда арзёбӣ гардида буд. Айни замон дар соҳаи тандурустӣ ҳоло зиёда аз 112000 нафар кормандон фаъолият дошта, аз ҷониби Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли барои ташаккули сатҳи дониш, кордонӣ ва касбияти онҳо мунтазам курсҳои тақмили ихтисос ва бозомӯзии ҳатмӣ дар заминаи муассисаҳои давлатии таҳсилоти олии ва миёнаи касбии дохилиҷумҳурӣ ва берун аз кишвар гузаронида мешаванд.

Бо дарназардошти он, ки рушди устувори соҳаи илму маориф, тандурустӣ ва самаранокӣ ислоҳот аз афзоиши маблағгузорӣ вобастагӣ дорад, роҳбарияти мамлакат маблағгузории ин соҳаҳои калидиро сол ба сол зиёд карда истодааст. Боиси қаноатмандӣ аст, ки дар даҳсолаи охир маблағгузории соҳаи тандурустӣ 2,5 маротиба афзудааст.

Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон ба 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 Ҷумҳурии Тоҷикистон оид ба ҳифзи солимии аҳоли 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 2023 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 мутобиқ 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 чорабиниҳо 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 ҳамкориҳои зичро бо шарикони рушд тақозо менамояд.

Самти афзалиятноки рушди захираҳои кадрӣ хизматрасонии тиббии кӯдакон ин тарбияи педиатрҳо ва ҷарроҳони кӯдакона мебошад. Бо ин мақсад дар кафедраҳои донишқада аз соли 1993 сар карда то ба имрӯз зиёда аз 12000 нафар табибон ва 9000 нафар ҳамшираҳои тиббӣ тайёр карда шудаанд.

Ҳозирини мӯхтарам! Барномаи конференсия масъалаҳои мухталиф ва доғи рӯз, аз ҷумла истифодаи технологияҳои инноватсионӣ дар терапия, гинекология, офталмология, оториноларингология, педиатрия ва ҷарроҳии кӯдакона, эндоҷарроҳӣ, беҳискунии беморон ва терапияи интенсивӣ бо истифодаи технологияҳои инноватсионӣ, ҷанбаҳои муосири ташхису табобат дар педиатрия, ҷарроҳӣҳои абдоминалӣ, қафаси сина, урология, андрология, кардиочарроҳӣ, онкология, гематология, нефрология, ёриҳои таъҷилӣ ва ғайраро дарбар гирифтааст. Дар баробари дастовардҳои зиёд то ҳол мушкilotҳои ҷиддӣ дар соҳа мавҷуд буда, моро водор месозанд, ки дар таҳкимбахшии раванди татбиқи технологияҳои навин ва усулҳои инноватсионии ташхису табобат, инчунин, ба роҳ мондани ҷорабиниҳои пешгирикунандаи бемориҳо тавассути воридоти равандҳои муосири тиббию санитарӣ саъю кӯшиши худро равона месозем.

Ман ба вакилону иштирокчиёни конференсия барои иштирок миннатдорӣ худро баён намуда, изҳори боварӣ менамоям, ки баромаду музокираҳо дар раванди ин форуми муҳим барои таҳлили ҳамаҷонибаи самтҳои мухталифи тибби Тоҷикистон мусоидат намуда, ин дар иҷрои ҳадафҳои стратегии давлат вобаста ба ҳифзи солимии аҳоли саҳми арзанда хоҳад гузошт.

Дар фарҷом бо ибрази ниятҳои нек ба кори конференсия муваффақият ва самаранокӣ изҳор намуда, ба ҳамаи шумоён самимона саломатӣ, умри дароз, саодати рӯзгор, комёбӣ ва бурдборӣҳои зиёдро таманно дорам. Саодатманду хонабод бошед!

Ректори МДТ ДТБКСҶТ
доктори илмҳои тиб, профессор



Н.Д. Муҳиддин

РАЗДЕЛ I

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Баротова Б.Х., Мирзоев Н.Т., Улаева М.О., Набиева М.А., Султонов А.Г.

ТАҚВИМИ ФАЪОЛИЯТ ДАР ПЕШГИРИИ МАЪЮБШАВИИ КЎДАКОН, ДАР МУАССИСАҲОИ КЎМАКИ АВВАЛИЯИ ТИББИЮ САНИТАРИИ ШАҲРИ БОХТАР

¹Курси бемориҳои кӯдакони шӯъбаи МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кор-мандони соҳаи таңдурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” дар ш.Бохтар, вилояти Хатлон

²Маркази саломатии шаҳри Бохтар, вилояти Хатлон

Муҳимият. Маъюбшавии кӯдакон муҳимтарин мушкилоти ҷомеаи муосир буда, тамоюли афзоиши он дар тамоми ҷаҳон мушоҳида мешавад.

Кӯдакони дорои маъюбият яке аз қишрҳои осебпазири ҷомеа буда, аз самтҳои муҳими сиёсати иҷтимоии Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон ба шумор рафта, барои ноил шудан ба натиҷаҳои назаррас дар самти мазкур ҳадафҳои мушаххас муайян шудаанд.

Ҳарчанд теъдоди хизматрасониҳо барои кӯдакон рӯ ба афзоиш ёфта бошад ҳам, як қатор мушкилотҳои мавҷуда барои пешгирии ва коҳиш додани сатҳи маъюбшавии кӯдакон кофи набуда, ҳалли фаврии онҳоро талаб менамоянд.

Тибқи маълумотҳои адабиёти ватани ва хориҷӣ, сабабҳои маъмултарики мушкилоти пешгирии маъюбшавии кӯдакон нокифоя будани фаъолият дар ҳамоҳангии байни табибон, табибону волидайнӣ кӯдакон ва табибону шарикон, ба қадри кофи набудани миқдор ва сифати хизматрасонӣ дар сатҳи дармонгоҳӣ ва хона, огоҳ набудани табибон оиди меъёрҳои мушкилотҳои маъюбии кӯдакон, сари вақт муқаррар нагардидани ҳолати маъюбӣ, арзёбӣ ва баҳодихии пасти маъюбии кӯдакон, нокифояи идоракунии таваллуд ва ғайраҳо, ки зарурати тақвими фаъолиятро дар пешгирии маъюбшавии кӯдакон ҷиддӣ талаб менамояд.

Мақсад. Таҳлилу омӯзиши гурӯҳҳои бемориҳои кӯдакони дорои маъюбият.

Мавод. То 1-ӯми майи соли 2024, 553 кӯдакони дорои маъюбияти аз 0 то 18 сола, таҳти назорати табибони оилавии маркази саломатии шаҳри Бохтар қарор дошта.

Натиҷа. Аз 553 нафар кӯдакони маъюб, писарон 300 (54,0%) ва духтарон 253 (46,0%) нафар ва дар маҷмӯъ 1,6% аҳолии то синни 18 сола. Дар байни 553 нафар кӯдакони маъюб, гурӯҳҳои бемориҳои асаб - 274 (49,0%) нафар,

ихтилоли равонӣ - 47 (8,3%), узвҳои таъягоҳ ва бофтаҳои мушаки пойҳо - 40 (7,1%), нуқсонҳои модарзодии дил - 35 (6,2%), чашм - 31 (5,5%), шунавои - 26 (4,6%), хун - 22 (4,0%), гурда - 19 (3,3%), синдроми Даун - 18 (3,1%), пӯст - 15 (2,6%), диабет қанд - 10 (1,7%) нафар ва бемориҳои дигар - захмию осеббардорӣ, саратон, сил, ҳозима, нанизм, атрезияи суроҳии маъқад ва рӯдаи мустақим - 19 (3,4) ҳолатро ташкил медиҳанд.

Таҳлило нишон медиҳанд, ки гурӯҳҳои бемориҳои асаб, ихтилоли равонӣ, узвҳои таъягоҳ ва бофтаҳои мушаки пойҳо, инчунин, нуқсонҳои модарзодии дил беш аз 70 фоизи бемориҳоеро ташкил медиҳанд, ки боиси маъюбии ҳамаи кӯдакони синну сол гардидаанд.

Муҳокима ва ҳулоса. Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳифзи ҳуқуқи кӯдакон бо Қонунҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи ҳифзи иҷтимоии маъюбон” аз 29 декабри соли 2010, таҳти №675, “Дар бораи ҳифзи ҳуқуқҳои кӯдак” аз 18 марти соли 2015, таҳти №1196, Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон Конвенсия оид ба ҳуқуқи кӯдак ва дигар санадҳои меъёрии ҳуқуқӣ ба танзим дароварда шуда, ҷиҳати амалисозии онҳо ба роҳ монда шудааст.

Мавҳуми кӯдаки маъюб дар моддаи 1-ӯми Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон “Дар бораи ҳифзи ҳуқуқҳои кӯдак” аз 18 марти соли 2015, таҳти №1196 ва моддаи 1-ӯми Кодекси таңдурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон омадааст: кӯдаки маъюб – шахси маъюбӣ то 18 сола, кӯдаке, ки дар натиҷаи нуқсёбии саломатӣ бо коҳиши устувори вазифаҳои организм аз беморӣ, ҷароҳат, иллати ҷисмонӣ ва ақлонӣ боиси маҳдуд шудани фаъолияти ҳаёти гардидааст ва ба ҳифзи иҷтимоӣ ниёз дорад.

Сабабҳои қафомонии инкишофи рӯҳӣ ва ҷисмонии кӯдакони маъюб дар аксарияти ҳолатҳо нуқсонҳои модарзодӣ, ихтилоли хромосомӣ мебошанд ва ҳолати идоракунии тавал-

луд, ки бо осеб дидани системаи марказии асаб дар давраи пеш аз таваллуд алоқаманданд.

Барои тақвими фаъолият дар пешгирии маъюбии кӯдакон, ба банақшагирии таваллуд, паёмадҳои нохуши никоҳи хешутаборӣ, нуқсонҳои давраи ҳомиладорӣ, ёри пеш ва баъд аз таваллуд, Ҳамоҳангсозии байни табибон, та-

бибону волидайнӣ кӯдакон, корбариҳои профилактикӣ бо кӯдакони солим, вале, нуқсонҳои инкишофи фаъолият дошта, гузаронидани скрининги намудҳои гуногуни бемориҳои кӯдакон, рушди арзёбӣ ва баҳодихии маъюбии кӯдакон ва ёриҳои генетикии - тиббӣ афзалият дода шавад.

¹Ғоибов А.Г., ²Джабарова Т.С., ³Рузиев М.М., ⁴Оймахмадов Х.Д.

НЕКОТОРЫЕ ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ

¹ГОО «Республиканский медицинский колледж»

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

³ГУ «НИИ профилактической медицины» МЗиСЗН РТ

⁴ГОО «Ваҳдатский медицинский колледж» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Определить некоторые юридические аспекты семейного насилия в Таджикистане.

Материал и методы исследования. Анализированы информационные материалы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения соответствующих ведомств, отчеты международных и общественных организаций. Использованы данные социологического опроса, проведенного в мае - июне 2023 года 1200 человек различного возраста и социального статуса в возрасте от 24 до 70 лет, в т.ч. 728 (60,6%) мужчин и 472 (39,4%) женщин из следующих регионов: Хатлонская область - 250 человек, Согдийская область - 200 человек, Горно-Бадахшанская автономная область (ГБАО) - 50 человек, Душанбе - 100 человек, Районы республиканского подчинения - 750 человек.

Проведены статистический, социологический, аналитический, эмпирический методы исследования. Обработку данных проводили с использованием стандартных программ.

Результаты и их обсуждение. Семейное насилие над женщинами, детьми и пожилыми людьми является особо серьезной проблемой развивающихся и бедных стран. Из общего количества женщин только 17,2% работают на различных предприятиях и в организациях и 3,0% занимаются индивидуальной предпринимательской деятельностью. В 58,6% случаев они состояли в браке, в 23,6% были незамужними, в 17,7% случаев состояли в гражданском браке. Большая часть находи-

лась в активном репродуктивном возрасте. При этом в 26,5% случаев женщины расстались с первыми мужьями вследствие регулярного избиения, оскорблений, унижения, развития нервно-психических нарушений и обострений хронических заболеваний.

Результаты анкетирования свидетельствуют о том, что различные формы семейного насилия отмечены в 32,7% случаев, в 17,3% случаев встречались «эпизоды» в семейных отношениях, не переходящие грань физического насилия.

Для более чем 50,0% опрошенных женщин психологическое насилие стало повседневным явлением и образом их жизни. Так, в 33,4% случаев это были оскорбления и унижение со стороны близких, друзей и родственников мужа, пренебрежительное отношение с их стороны к ее вкусам, поступкам, эмоциям, изоляция женщины от родных и друзей. Следует отметить, что часто в такой атмосфере находятся не только женщины, но и подростки, страдающие сахарным диабетом, а также врожденной патологией. Кроме того, каждая пятая женщина испытала сексуальное насилие, причем даже в период беременности.

Причинами агрессивного поведения мужчин в трети случаев (29,8%) являлись эмоциональные и нервные срывы (40,1%), связанные с материальными и социальными проблемами, в 18,5% случаев респонденты ссылались на особенности своего характера. Примеры насилия в семье передавались

будущему «насильнику» в 18,2% случаев, на психологическую несовместимость характеров супругов указано в 10,0% случаев.

Установлено что, ежегодно в Таджикистане от домашнего насилия, приводящего к суициду, погибают десятки людей, еще большее их количество получают телесные повреждения. При этом более 50% случаев поступивших в производство соответствующих гражданских дел не доходят до суда и остаются нерешенными.

Основными причинами домашнего насилия в разных странах мира являются безработица, низкие доходы, бедность, трудовая миграция, разногласия между супругами, многоженство, супружеская измена, злоупотребление алкоголем, давление родственников.

Заключение. Насилие в семье остается одной из самых актуальных социальных проблем во многих странах мира, в т.ч. и

в Таджикистане. Его жертвами, как правило, могут быть женщины, дети, пожилые люди и инвалиды. Напряженность жизни, стресс, депрессия, бездуховность, безработица, трудовая миграция, потеря семейных и нравственных ценностей, алкоголизм и наркомания создают благоприятную почву для возникновения и проявления его в различных формах. Установлена медико-санитарная и социально-правовая специфика домашнего насилия, определяемая нигилизмом, жестокостью и безнаказанностью, особенно в отношении женщин и детей. Средства массовой информации должны регулярно проводить беседы по насущным вопросам семейных взаимоотношений, государственной семейной политики, гражданских прав, воспитания детей, активно привлекая общественное внимание к проблеме недопустимости семейного насилия.

^{1,2}Давлатова Н.А., ^{1,2}Шоев Қ.А.

ОМУЗИШИ ТАЪСИРИ ИХТИЛОЛҲОИ СЕРЕБРОВАСКУЛЯРӢ ДАР КӮДАКОН

¹МД «Маркази ҷумҳуриявии илмию клиникӣи педиатрӣ ва ҷарроҳии кӯдакони» ВТ ҲИА ҚТ
²Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии барқарорсозии солимии кӯдакон»

Мақсади омӯзиш. Омӯхтани таъсири ихтилолҳои сереброваскулярӣ дар кӯдакон.

Мавод ва усулҳо. Аз ҷониби муаллифон 72 таърихи бемории кӯдакони синни аз 0 то 5 сола, ки дар соли 2020 дар МД «Маркази миллии тиббии ҚТ – Шифобахш»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон таъбасти стационарӣро бо ташхиси оқибати иллатёбии ППСМА таъбасти гирифтаанд, омӯхта шуд. Аз 72 таърихи бемории омӯхташудаи кӯдакон дар 41 (56,9%) бемориҳои ҳамрадиф ҷой доштанд (илтиҳоби бронхҳо, илтиҳоби шуш ва уфунат ва ғ.).

Ба ҳамаи беморон тадқиқотҳои клиникӣю озмоишгоҳӣ гузаронида шудааст (таҳлили умумии хун, таҳлили биохимиявии хун, тадқиқоти УС мағзи сар, ТК, электроэнцефалография).

Натиҷаҳо ва муҳокима. Азгурӯҳи кӯдакони дар мушоҳида қарордошта, 49,4% дар анамнез асфиксияи вазнинии дараҷаи II ва III аз сар гузаронидаанд. Қайд кардан лозим аст,

ки баҳодиҳии кӯдакон аз рӯи ҷадвали Апгар аз ҳолати солимии модар, равиши ҳомиладорӣ ва таваллуд вобастагии яқумдараҷа дорад. Ҳолатҳои гузарандаи кӯдакони гурӯҳи асосӣ дар 29,2% ҳолатҳо ба қайд гирифта шудаанд ва бо камшавии калони вазнинии бадан зиёда аз 10% дар 11,1% кӯдакон, як бора баландшавии ҳарорат (транзиторӣ) дар 9,7% кӯдакон, эритемаи токсикӣ дар 5,6% навзодон, зардшавии неонаталӣ дараҷаи I-II дар 2,8% кӯдакон нишон дода шудааст.

Давраи бармаҳали мутобиқшавӣ дар кӯдакон дар заминаи ишемияи серебравии дараҷаи I-II (дар 29,4% навзодон), дараҷаи II дар 46,4% ва дараҷаҳои II ва III дар 24,2%, боздошти рушди дохилибатнии ҷанин дар 13,6% кӯдакон, норасидии морфофункционалӣ дар 14,8% беморон гузаштааст. Дар 60% ҳолатҳо якҷояшавии ихтилолҳои гуногун ба қайд гирифта шудааст.

Давраи шадидро ҳамчун механизми бакорандозии пайдошавии оқибатҳои иллатҳои ППСМА баррасӣ намуда, дар байни

кӯдакон бо ишемияи серебрялӣ аксар вақт кӯдаконро бо ишемияи перивентрикулярӣ ва субкортикалии бофтаҳои мағзи сар ҷудо мекарданд – зиёда аз 60%, аз онҳо кӯдакон бо варами бофтаҳои мағзи сар 2 маротиба кам ба назар мерасиданд – 30,0%, камтар аз 5 маротиба кӯдакон бо дилататсияи системаи меъдаҷаҳо (6,0%) ва кӯдакон бо ишемияи ядроҳои зери қишри мағзи сар бо рушдҳои гидросефалия мутаносибан 6,0% ва 3,2% муайян мешуданд.

Дар аломатҳои клиникии кӯдакон бо ишемияи серебрялӣ алоими ангезиши СМА, аломатҳои баландшавии фишори дохили косохонаи сар ва афсурдаҳои СМА ва ҳамчунин якҷояшавии онҳо афзалият доранд.

Ҳамин тавр, маълумотҳои тадқиқот нишон доданд, ки маълумотҳои анамнезӣ (вазнинии асфиксияи аз сар гузаронида, солимии модар, равиши ҳомиладорӣ ва бемориҳои ҳамрадиф) ба оқибати ихтилолҳои серебряро-васкулярӣ таъсири мутаносиб доранд. Дар ҳамин раванд, дар аломатҳои клиникии кӯдакон бо ишемияи серебрялӣ алоими ангезиши СМА ва аломатҳои фишорбаландии дохили косохонаи сар афзалият доштанд.

Хулоса. Қайд кардан лозим аст, ки тадқиқоти гузаронидашуда нишон дод, ки механизми бакорандозии пайдошавии оқибатҳои иллатҳои перинаталии СМА, дар байни кӯдакон бо ишемияи серебрялӣ, асосан ишемияи бофтаҳои мағзи сар бо варами мебошад.

Джаборова Т.С., Рахматова Н.А.

ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАДРОВЫМИ РЕСУРСАМИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

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

Цель исследования. Выявить основные проблемы кадрового обеспечения в сфере здравоохранения и определить наиболее эффективные меры по их минимизации в Республике Таджикистан.

Материал и методы исследования. На основании статистических данных ГУ «Республиканский центр статистики и медицинской информации» и данных литературы с использованием библиографического, аналитического методов исследования, а также методов SWOT-анализа и контент-анализа проведен анализ информации по обеспеченности и подготовке кадров в регионах Республики Таджикистан.

Результаты и их обсуждение. Как известно, планирование численности кадровых ресурсов для оказания экстренной и плановой медицинской помощи в регионах как в условиях стационара, так и на уровне первичной медико-санитарной помощи должно проводиться строго на основе анализа демографической ситуации и основных показателей здоровья населения.

Ведущими кадровыми проблемами в сфере здравоохранения являются:

– дисбаланс распределения медицинских кадров в разрезе специальностей и регионов:

выявлено увеличение количества врачей акушеров-гинекологов, стоматологов, офтальмологов, травматологов-ортопедов и нехватка семейных врачей, педиатров, детских онкологов, ревматологов, нефрологов, пульмонологов при явной централизации специалистов в республиканских (национальных) клиниках и городских клинических больницах;

– нерациональное использование человеческих ресурсов: коэффициент совместительства сотрудников должен зависеть от узкой специализации специалиста и степени его основной нагрузки (занятости). В реальности существуют системные недостатки в нормировании труда в здравоохранении, связанные с отсутствием централизованной системы его управления;

– чрезмерная бюрократизация практической медицинской деятельности, связанная, в том числе, с несовершенством информационных систем и необходимостью заполнения значительного количества дублирующей учетно-отчетной документации, а также несовершенство оплаты труда при большом объеме работы, которые снижают мотивацию специалистов к профессиональному росту и освоению дополнительных компетенций.

Одной из причин, способствующей нежеланию медицинских работников расширять свои полномочия, повышать свою квалификацию и использовать инновационные методы в своей деятельности, является то, что руководство этими процессами осуществляется профессионально необученным кадром. Эффективная деятельность любой медицинской организации невозможна без сотрудников немедицинского профиля учреждения – экономистов, финансистов, IT-специалистов, но их работа должна проводиться в тесном сотрудничестве с медицинским персоналом, они должны быть помощниками врачей и медицинских сестер, а не сотрудниками, определяющими политику медицинской организации и направления ее работы;

– проблемы в образовательной сфере по подготовке руководителей медицинских учреждений: отсутствие времени у менеджеров на посещение занятий на последипломном уровне; частые кадровые перестановки руководителей медицинских учреждений,

отсутствие должного анализа, касающихся мониторинга подготовки и дальнейшей занятости молодых специалистов, изначально имевших целевое направление обучения, а также лиц, окончивших вуз и колледжи на внебюджетной основе.

Заключение. Программно-целевые мероприятия, направленные на реализацию кадровой политики, должны учитывать меры не только по привлечению, но и по сохранению специалистов, что, безусловно, неразрывно связано с социально-экономическим статусом региона и, соответственно, должны иметь системный характер и дифференцированный подход. Наряду с проводимой кадровой политикой целесообразным является применение инновационных кадровых технологий, позволяющих обеспечить эффективное управление компетенциями, кадровыми бизнес-процессами как на государственном уровне, так и на уровне отдельной медицинской организации (в т.ч. коучинг, кадровый-маркетинг, управление конфликтами и др.).

Джаборова Т.С., Рахматова Н.А.

ТЕНДЕНЦИИ ПОДГОТОВКИ РУКОВОДЯЩИХ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

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

Цель исследования. Разработать систему непрерывной подготовки руководителей учреждений здравоохранения и медицинских кадров в современном периоде развития системы здравоохранения.

Материал и методы исследования. Представлены данные анализа результатов обучения и анкетирования 101 руководителя учреждений здравоохранения Республики Таджикистан на курсах специализации по специальности: «Менеджмент в общественном здравоохранении», проводимых на кафедре общественного здравоохранения, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики с применением аналитического и статистического методов исследования.

Результаты и их обсуждение. Одним из условий обеспечения качества услуг в медицинском учреждении является подготовка

и отбор управляющего персонала на основе компетентностного подхода. Критерии отбора наилучшего управленческого решения в здравоохранении определяются обычно соответственно характеру поставленной цели и могут быть: медицинскими, социальными, технологическими, политическими и экономическими. Реформирование здравоохранения предполагает увеличение потребности в отраслевых руководителях нового типа, сочетающих в себе медицинскую подготовку с экономической грамотностью. Согласно результатам анкетирования, больше половины руководителей (54,1%) предпочитают исключительно государственную систему на бюджетной основе; 28,8% респондентов высказались за государственную на контрактной основе систему подготовки, а также не исключают сочетания государственной и частной систем подготовки (17,1%). Нами

получены сведения, которые, в основном, раскрывают причины неудовлетворительного качества подготовки кадров. Почти в равном количестве респонденты распределили ответы между тремя причинами: 46,6% анкетированных руководителей связывают их с недостаточным временем на прохождение курсов переподготовки и усовершенствования знаний; 27,7% ответивших волновала причина, заключающаяся в низком уровне финансирования расходов на обучение; каждый четвертый (25,7%) отметил, что несовершенство системы подготовки и программ подготовки способствует низкому качеству подготовки кадров.

Заключение. Эффективное управление деятельностью современной медицинской

организации основано на интеллектуальном потенциале административного аппарата медицинского учреждения. Использование в повседневной управленческой деятельности фундаментальных результатов науки, прикладных медицинских знаний и практический опыт функционирования лечебно-профилактических учреждений различных форм собственности обеспечат надлежащее качество предоставляемых медицинских услуг. Существующее отставание системы подготовки руководящих кадров от насущных проблем деятельности лечебно-профилактических учреждений и потребности отрасли в целом значительно затрудняет развитие здравоохранения на современном этапе.

Касимова С.Д.

К ВОПРОСУ О КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кафедра эндокринологии ГОУ ИПОвСЗ РТ

Цель исследования. Проанализировать качество оказания медицинской помощи, согласно медицинской документации, у беременных женщин с гипертензивными нарушениями и гестационным сахарным диабетом (ГСД).

Материал и методы исследования. Инструменты оценки включали: анкету с изучением факторов риска НИЗ, АГ, индекса массы тела (ИМТ), 10-летнего сердечно-сосудистого риска, консультации необходимых профильных специалистов и клинико-лабораторные исследования.

Средний возраст у пациенток с нарушением углеводного обмена составил $31,1 \pm 6,9$ лет с числом родов, в среднем, 3-5.

Результаты и их обсуждение. Среди исходов беременности у 8 были естественные срочные роды, в 20 случаях проведено кесарево сечение по медицинским показаниям, у 4 женщин беременность завершилась мертворождением и у 12 беременных срок родов ещё не подошёл к моменту исследования. Почти у всех беременных присутствовал оценочный лист А/Д, но факторы сердечно-сосудистого риска в документах

отсутствовали. Всего половина пациенток была проконсультирована эндокринологом, 9,1% - кардиологом, 18,2% - терапевтом и 9,1% - офтальмологом. Углеводный обмен у пациенток был исследован недостаточно, в частности, в основном исследовали у пациенток уровень глюкозы натощак (81,8%), в то время как гликированный гемоглобин, указывающий на степень компенсации СД, исследовали только в 9% случаев.

В родильных домах при поступлении на роды гликемический профиль не проводился. Почти у всех беременных (90,9%) оценивалась динамика массы тела и ИМТ. В течение беременности исследование 10-летнего сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE/ВОЗ у обследуемых не проводилось. В плане предупреждения преэклампсии из лабораторных исследований всем пациенткам проведено исследование общего анализа крови с определением количества тромбоцитов и общего анализа мочи с определением протеинурии. В 72% и 54% случаях соответственно были исследованы свёртывающаяся система крови и печеночные пробы. При наличии протеинурии только в 45% случаях

у пациенток исследовали уровень креатинина, однако без расчёта скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

Всем пациенткам проводился ежедневный контроль А/Д с его профилированием в стационаре или обязательное измерение А/Д при каждом визите в центре здоровья.

У всех пациенток с нарушением углеводного обмена невысокий уровень гликемии был нормализован назначенной диетой. Ни одной из пациенток для компенсации СД в период беременности назначение инсулина не потребовалось.

В ходе проведенного анализа установлено, что пациенткам с ГСД после выписки из ро-

дильного дома не были даны необходимые чёткие рекомендации в отношении дальнейшей тактики наблюдения и лечения в плане развития СД в дальнейшем после родов.

Заключение. Проведенное исследование установило, что медицинский персонал как госпитальной, так и амбулаторной служб не имеет чётких рекомендаций по ведению и наблюдению пациенток с ГСД. Возникла необходимость обновления прежних клинических протоколов по ведению ГСД с акцентом на междисциплинарный подход к ведению и лечению пациенток с ГСД для снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Мардонова С.М., Мухамадиева С.М., Муминова Ш.Т., Сайдахмадова Ш.Дж.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНЕДРЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА «ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В АКУШЕРСТВЕ: ФАКТОРЫ РИСКА, ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА, ПРОФИЛАКТИКА»

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

²ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Повысить уровень теоретических знаний и практических навыков акушеров-гинекологов в рамках имеющейся квалификации по венозным тромбоэмболическим осложнениям в акушерстве.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были 78 акушеров-гинекологов родовспомогательных учреждений второго и третьего уровней.

Предмет исследования - вопросник, состоящий из 30 вопросов, касающихся венозных тромбоэмболических осложнений в акушерстве (ВТЭЛО); клинический протокол «Венозные тромбоэмболические осложнения в акушерстве: факторы риска, диагностика, клиника, профилактика».

Результаты и их обсуждение. Средний балл базового уровня знаний специалистов составил 42,4%. На вопросы, касающиеся патогенеза основных венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО), правильно ответили 6,4% респондентов, о действии аспирина на плазменный компонент свёртыва-

ющей системы крови - 15,3%, диагностики ВТЭО - 16,6%, основных факторах умеренного риска развития ВТЭО в послеродовом периоде - 19,2%, основных венозных тромбоэмболических осложнениях (ВТЭО) во время беременности - 23%, о сроках проведения тромбопрофилактики во время беременности - 26,9%, критериях умеренного риска развития ВТЭО - 28,2%, показаниях для тромбопрофилактики - 28,2%, вопросах о жалобах больных - 39,7%, тромбопрофилактики в послеродовом периоде - 38,4% и родоразрешении при ТЭЛА - 38,4% специалистов.

Анализ результатов послекурсового вопросника показал, что к концу курса средний балл правильных ответов увеличился в 1,8 раза и составил 75,9%.

Исследование показало, что 10 раз увеличилось количество правильных ответов о патогенезе основных ВТЭО - 65,3%, в 2,5 раза - о действии аспирина на плазменный компонент свёртывающей системы крови - 38,4%, в 5,4 раза - по диагностике ВТЭО - 91%, в 2,6 раза - об основных факторах умерен-

ного риска развития ВТЭО в послеродовом периоде - 51,2%. Об основных венозных тромбозных осложнениях во время беременности уровень знаний специалистов увеличился в 2,5 раза - 58,9% специалистов, о сроках проведения тромбопрофилактики во время беременности - в 1,4 раза - 39,7%, критериях умеренного риска развития ВТЭО - в 1,9 раза - 51,1%, показаниях для тромбопрофилактики - в 1,6 раза - 47,4%. Более 1/3 правильных ответов получены на вопросы о жалобах больных - 39,7%, в 1,5 раза - тромбопрофилактики в послеродовом периоде - 43,5%, в 1,3 раза - родоразрешении при ТЭЛА - 51,2%. Следовательно, уровень

знаний специалистов повысился, однако не достиг оптимального.

Заключение. Недостаточная осведомленность специалистов о венозных тромбозных осложнениях объясняется редкостью встречаемости этой патологии в регионе. В процессе обучения нужно более подробно представлять специалистам физиологические изменения и критерии диагностики показателей свертывающей системы крови. Эффективность внедрения клинического протокола повысится при обучении мультидисциплинарной группы (анестезиологи, реаниматологи, акушеры-гинекологи).

¹Махмудов Д.Т., ²Худоёров С.А., ¹Гурезов М.Р.

К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АНОМАЛИЙ ОККЛЮЗИОННО-АРТИКУЛЯЦИОННЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

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

¹Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить возрастную динамику распространенности аномалий окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений среди детского населения г. Душанбе.

Материал и методы исследования. В ходе исследования проведено комплексное обследование 319 дошкольников (3-6 лет) и 807 школьников (7-18 лет) г. Душанбе. Обследование пациентов велось по специальной программе, включающей в себя углубленное изучение анамнестических данных, клиники и одонтологии. На каждого обследованного заполнялась специально разработанная карта ЦНИИС. При стоматологическом обследовании использовались общепринятые методы (анамнез, осмотр, зондирование, при необходимости – рентгенографический контроль).

Всем пациентам было проведено подробное стоматологическое обследование по методике ЦНИИС, которое предусматривало изучение всех эпидемиологических показателей полости рта. Структура индексов интенсивности кариеса рассчитывалась как в среднем на всех обследованных, так и в

расчете на 1 обследованного в соответствующей возрастной группе детей и взрослых. При этом проводился анализ составляющих элементов индексов интенсивности по методике А.В. Алимского (1995): отдельно давался анализ абсолютных показателей и в процентном отношении к общей величине соответствующих индексов.

Результаты исследования. Комплексные клиничко-эпидемиологические исследования аномалий зубочелюстной системы проводились в разных регионах Республики Таджикистан [Ашуров Г.Г. с соавт., 2015, 2017, 2022; Каримов С.М. с соавт., 2017; Олимов А.М., 2022]. За этот период собран и обработан уникальный фактический материал, позволяющий в динамике отслеживать состояние стоматологического статуса как детского, так и взрослого контингента населения практически во временном интервале целого поколения.

В среднем, на всех обследованных (319 детей в возрасте от 3 до 6 лет) частота аномалий зубочелюстной системы составила $29,80 \pm 2,56\%$. Наибольший уровень распространенности данной патологии наблю-

дается у 3- и 6-летних детей ($32,47 \pm 3,02\%$ и $37,88 \pm 5,97\%$ соответственно), наименьший - у 4- и 5-летних ($24,47 \pm 1,81\%$ и $24,39 \pm 1,92\%$). Среди обследованных лиц распространенность аномалий зубов варьировалась от $2,13 \pm 0,48\%$ до $6,06 \pm 1,93\%$ при усредненном значении $2,70 \pm 0,81\%$. По вышеназванным параметрам значение распространенности аномалий прикуса составило соответственно $22,34 \pm 1,33\%$, $31,82 \pm 2,67\%$ и $27,11 \pm 2,03\%$.

В среднем, на всех обследованных дошкольников частота аномалий зубочелюстной системы составила $29,81 \pm 2,84\%$. Наиболее уровень распространенности данной патологии наблюдается в возрастных группах 3 и 6 лет (соответственно $32,47 \pm 3,02\%$ и $37,88 \pm 4,60\%$). В структуре аномалий зубочелюстной системы преобладают аномалии прикуса над аномалиями отдельных зубов (соответственно $27,11 \pm 2,03\%$ и $2,70 \pm 0,81\%$), что указывает на тяжесть указанной патологии. Это в свою очередь требует увеличения ортодонтических вмешательств, прежде всего, на этапе профилактики патологии.

Очень важно подчеркнуть, что, как выяснилось, аномалии зубочелюстной системы у детей имеют тенденцию к росту по мере увеличения возраста обследованных. Так, в группе обследованных из 807 человек в возрасте 7-18 лет распространенность данной патологии возросла по сравнению с дошкольниками более чем в 1,6 раза (соответственно $47,40 \pm 5,30\%$ и $29,81 \pm 2,84\%$). Несколько изменилась структура поражения: если количество аномалий прикуса у дошкольников и школьников возросло не так значительно (в 1,6 раза), то между ними существенно уве-

личилось количество аномалий отдельных зубов (почти в 6 раз).

У детей школьного возраста преобладающими среди аномалий является тесное положение или скученность зубов, преимущественно передних и на верхней челюсти. Это свидетельствует о нарушениях в формировании костей лицевого скелета, в частности развития челюстей. Необходимо отметить, что задержка развития челюстей приводит к тому, что данная патология формируется практически у каждого 5-го ребенка школьного возраста г. Душанбе. Наиболее настораживает тот факт, что чаще всего данная патология выявлялась у 15-летних школьников и составляла $34,04 \pm 3,16\%$. Такие серьезные косметические нарушения безусловно побуждают подростков, особенно женского пола, обращаться за ортодонтической помощью.

Заключение. Таким образом, для более успешного решения важной проблемы в системе окклюзионно-артикуляционных взаимоотношений необходимо соединение всех усилий, причем как государственного, так и частного секторов стоматологической службы. Для этого, безусловно, необходимо выделение государством значительно больших средств для выявления и устранения ортодонтической патологии у детей, учитывая длительные сроки лечения и высокую стоимость ортодонтических аппаратов. Только таким путем можно рассчитывать на успех в этом благородном деле не только среди детского населения г. Душанбе, но и обеспечить оказание высококвалифицированной ортодонтической помощи всему детскому населению Республики Таджикистан.

Мирзабекова Б.Т., Мохд Ф.А., Фозилова З.А., Ахмадова З.У.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАННИХ НЕОНАТАЛЬНЫХ ПОТЕРЬ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ В СТАЦИОНАРЕ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ

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

Цель исследования. Изучить антенатальные факторы риска ранней неонатальной смертности (РНС) при преждевременных родах.

Материал и методы исследования. Объектом исследования были матери с преждевременными родами, у которых новорожденные массой 500-2499 г погибли в пер-

вые 7 суток (168 часов) после родов. Проведен ретроспективный анализ 118 случаев ранних неонатальных потерь при преждевременных родах 106 матерей, родоразрешенных в стационаре третьего уровня - ГУ ТНИИ АГиП в 2021- 2022 гг.

Результаты и их обсуждение. Госпитализированы в родильный стационар третьего уровня при сроке гестации 22-28 недель 45/42,4% женщин, 29-31 неделя - 28/26,4%, в 32-36 недель - 33/31,1% пациенток. Одноплодную беременность имели 94/88,6 % женщин, многоплодную - 12/11,3%. В активном репродуктивном возрасте находились 46% матерей, в раннем - 37,8%, в позднем репродуктивном периоде - 16,7%. Среди госпитализированных женщин более 60% (74/69,8%) являлись жительницами районов республиканского подчинения, каждая пятая (21/20%) – Хатлонской области, каждая десятая (11/10,2%) - г. Душанбе, при этом не имели листа направления от медицинского работника 75/70,7% беременных и рожениц. Более половины матерей являлись первородящими (62/58,4%), более 1/3 - повторнородящими (35/33%) и только 9/8,4% - многорожавшими. В структуре экстрагенитальной патологии анемия различной степени имела место в 80/75,4%, заболевания мочевыделительной системы – в 26/24,5%, йододефицитные состояния – в 23/21,6%, избыточная масса тела – в 22/20,7%, заболевания желудочно-кишечного тракта – в 19/17,9% случаев.

Акушерско-гинекологический анамнез был отягощен у 1/3 матерей (36/34%) самопроизвольными выкидышами, мертворождением, преэклампсией и вирусными инфекциями, воспалительными заболева-

ниями органов малого таза. Не состояли на учете у медицинских работников 8/7,5% беременных, тогда как из 41/38,6% состоявших на учете 9/22% наблюдались в МД, 15/36,6% – в ГЦРЗ, 12/29,2% - в РЦРЗ и 5/12,1% - в СВА.

Гестационными осложнениями явились в 22/20,7% случаев обострение хронического пиелонефрита, в 19/18% - преэклампсия, в 16/15,0% - острые респираторные вирусные инфекции, в 1/0,9% - предлежание плаценты. Спонтанное начало родовой деятельности установлено в 57/53,7% случаев, родовозбуждение – в 48/ 45,2%, кесарево сечение до начала родовой деятельности произведено в 1/0,9% случаев.

Из 118 новорожденных с экстремально низкой массой (500,0-999,0 грамм) родились 32/30,1%, с очень низкой массой (1000,0-1499,0 г) - 35/33%, 1500,0-1999,0 г – 21/19,8%, 2000,0-2499,0 г - 18/17%. Из 118 новорожденных погибли в 1-2 сутки 61/51,6% младенцев, в течение 3-5 суток - 22/18,7%, 6-7 суток - 35/29,6%. При сроке гестации 22-28 недель РНС имела место в 35/29,6% случаев, 29-31 недели – в 37/31,3%, 32-36 недель – в 46/39%.

Заключение. Антенатальными факторами риска РНС при преждевременных родах являются: низкий социальный статус и высокий уровень соматической заболеваемости женщин, ненадлежащий антенатальный уход, проблемы маршрутизации пациенток групп высокого риска в стационары третьего уровня. Соблюдение принципов перинатальных направлений позволит повысить качество медицинских услуг на всех уровнях родовспомогательных учреждений, снизить частоту преждевременных родов и связанных с ними перинатальных потерь.

Мирзабекова Б.Т., Мухамадиева С.М., Юнусова Д.З., Абдурахмонова С.А.

ОЦЕНКА СУЩЕСТВУЮЩЕЙ МОДЕЛИ НАПРАВЛЕНИЙ/ПЕРЕНАПРАВЛЕНИЙ В ПЕРИОД РЕГИОНАЛИЗАЦИИ В ТРУДНОДОСТУПНЫХ РАЙОНАХ ХАТЛОНСКОЙ ОБЛАСТИ (НА ПРИМЕРЕ РАЙОНА Ш. ШОХИН)

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Оценить существующий механизм перинатальных направлений между медицинскими учреждениями разного уровня.

Материал и методы исследования. Объектом исследования служили родовспомогательные учреждения труднодоступного района Хатлонской области на примере рай-

она Ш. Шохин, родильницы и медицинский персонал.

Проводились картирование, телефонный опрос о сигнальных функциях стандарта оказания базовой экстренной акушерско-неонатологической помощи (БНАНП) 9 сельских родильных домов 1-го уровня, интервьюирование/анонимный опрос 120 родильниц и 194 медицинских работников; изучение документации направлений и обратных направлений в учреждениях ПМСП и в учреждениях родовспоможения разного уровня.

Результаты и их обсуждение. Картирование населённых пунктов и выявление их отдаленности от учреждения родовспоможения показало, что в городке Шохин в с. Н. Махмудов время, необходимое для оказания КНАНП, -1 час 30 мин, оценка по БНАНП - 81%; в с. Догистон - 30-40 минут, оценка по БНАНП -38%; в с. Мирзо али – 120 минут, оценка по БНАНП - 81%; в с. Чагами нав - 90 минут, оценка по БНАНП - 29%; в с. Даштичум - 100 минут, оценка БНАП – 67%.

Установлено, что каждая вторая женщина (51,3%) была направлена на роды другим медицинским учреждением. Большинство родильниц из вышеуказанных объектов прибыли в роддом на такси или личном транспорте (95,0; 88,0% и 92% соответственно) и потратили на дорогу в роддом более часа более 1/3 (39%) респондентов. Ответы родиль-

ниц-респондентов показали, что получили от медработника объяснение причины направления в стационар более 80,0% родильниц. Бланк направления из направившего учреждения имели 42,0% женщин.

Анкетирование показало, специалистами ПМСП являлись 67,6%, специалистами родильных стационаров - 2,9%, медицинскими сестрами -38,0%, акушерками - 35% и фельдшерами - 16%. Установлено, что журнал перенаправления отсутствовал в 76% учреждений, при этом основная причина выдачи направления не указывалась - 72%, экстренность направления - 86,3%, время - 89,4%, в сопровождении кого была направлена или перенаправлена беременная - 87,6%, сведения о телефонограмме в принимающее учреждение - 78,5%, фамилии направляющего и принимающего медработника - 68,7%.

Заключение. В труднодоступном районе Ш. Шохин выявлены медико-организационные проблемы направления беременных и рожениц в учреждение 2 уровня для оказания комплексной неотложной акушерско-неонатологической помощи, связанные с транспортировкой, ненадлежащим качеством антенатального ухода, недостаточной осведомленностью медицинских работников о принципах «маршрутизации», пробелами учета и контроля направлений и перенаправлений.

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

ИСКОРЕНЕНИЕ ПОЛИОМИЕЛИТА - ОТВЕТНЫЕ МЕРОПРИЯТИЕ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹Кафедра эпидемиологии, гигиены и охраны окружающей среды с курсом микробиологии и вирусологии ГОУ «Институт последипломого образования в сфере здравоохранения РТ»
²ГУ «Республиканский центр иммунопрофилактики» Республики Таджикистан

Цель исследования. Оценка эффективности противоэпидемических мероприятий по искоренению полиомиелита и активное наблюдение за острыми вялыми параличами как одного из индикаторов циркуляции дикого полиовируса в условиях Таджикистана.

Материал и методы исследования. Для проведения исследования оценки ответных мероприятий, направленных на поддержание статуса страны, “свободной” от полиомиелита, была изучена Стратегия ликвидации полиомиелита на 2022-2026 гг. и Ежегодный

отчет о мероприятиях по искоренению полиомиелита за 2023 год.

Результаты и их обсуждение. За последнее десятилетие Глобальная инициатива по ликвидации полиомиелита (ГИЛП) добилась устойчивого прогресса на пути к искоренению этой инфекции. Дикое полиовирусы 2-го и 3-го типов (ДПВ2 и ДПВ3) были объявлены ликвидированными соответственно в 2015 и 2019 гг.; в 2014 г. был объявлен свободным от полиовируса Регион Юго-Восточной Азии Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ); и совсем недав-

но, в августе 2020 г., был сертифицирован в качестве свободного от дикого полиовируса (ДПВ) Африканский регион ВОЗ. Однако заключительные шаги по ликвидации оказались самыми трудными.

В Стратегии ликвидации полиомиелита на 2022–2026 гг. предлагается всеобъемлющий комплекс действий, которые позволят ГИП выполнить обещание, объединившее мир в общем стремлении искоренить полиомиелит. Эти действия, многие из которых уже предпринимаются в 2021 г., укрепят и расширят возможности ГИП для решения насущных проблем, а также для достижения и поддержания мира, свободного от полиомиелита.

Таджикистан, как страна, «свободная» от полиомиелита, проводит комплексные мероприятия для сохранения своего статуса. Одним из таких мероприятий является своевременный охват детского населения профилактическими прививками. Уровень охват плановой иммунизацией за последние 5 лет (2019 – 2023 гг.) в среднем составил 96,6% (2019 г. – 95,9%; 2021 г. – 97,3%). За этот период наблюдался низкий охват иммунизацией в районах республиканского подчинения – 88,4% и групп высокого риска. Расчетный показатель охвата полиомиелитной вакциной среди цыганского («люли») населения в 2023 году составил 78,3%, а среди внешних мигрантов – 82,2%.

Эпидемиологический надзор за острыми вялыми параличами (ОВП), как одного из индикаторов циркуляции полиовируса, проводится согласно рекомендациями ВОЗ. За период 2023 года было зарегистрировано 125 случаев ОВП (возрастные группы 0-11

месяцев – 4 сл.; 12-59 месяцев – 53 сл.; 60 мес. и старше – 68 сл.). От общего количество зарегистрированных 15 детей получили только нулевую дозу, 5 детей – 1-2 дозы и 105 детей – 3 и более доз полиомиелитной вакцины. Показатель эпиднадзора за ОВП за 2023 год по полноте и своевременности отчетности на национальном уровне составил 91%, показатель заболеваемости неполиомиелитного ОВП – 3,6.

В систему эпиднадзора за окружающей средой включены две активные точки для сбора сточной воды на выявление любого вида полиовируса. За период 2023 года отобрано и протестировано 24 пробы сточных вод. Лабораторное исследование проводилось на базе аккредитированной ВОЗ лаборатории Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумаковой. Результаты исследования показали отсутствие «дикого» полиовируса и ВРПВ в окружающей среде, а выявление вакцинных полиовирусов 1 и 3 типов в окружающей среде свидетельствовало о высоком охвате иммунизацией ОПВ вакциной.

Заключение. Анализ проведенных мероприятий, направленных на поддержание страны, «свободной» от полиомиелита, показывает, что Таджикистан выполняет все рекомендации ВОЗ по реагированию на случаи полиовируса. Усиление активного эпиднадзора за ОВП и поддержание целевого показателя неполиомиелитного ОВП (2 случая на 100 000 детей в возрасте до 15 лет) за 2023 год составил 3,6. Страна продолжает мероприятия по реализации эпиднадзора за объектами окружающей среды и мониторинг реализации эпиднадзора за ОВП в молчащих и приоритетных зонах.

¹Мирзоев А.С., ²Шарипов А.А.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЗНАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИИ И ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В НЕКОТОРЫХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ГБАО РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

¹Кафедра эпидемиологии, гигиены и охраны окружающей среды с курсом микробиологии и вирусологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Кафедра инфекционных болезней ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучить и оценить уровень знаний медицинских работников на уровне первичной медико-санитарной помощи и госпитальном уровне некоторых лечебно-профилактических учреждений ГБАО путем проведения опроса работников.

Материал и методы исследования. Анализированы отчеты о проведенных тренингах среди медицинских работников (заместителей главных врачей по административно-хозяйственной части, ответственных врачей, старших медсестёр, среднего и младшего медицинского персонала), проведено тестирование участников до и после тренинга на тему: «Профилактика инфекции и инфекционный контроль».

Результаты и их обсуждение. В рамках проекта «Family Health International (FHI) 360» в ряде районов республики было запланировано проведение обучающих тренингов для медицинских работников. Согласно плану обучения, в тренинге участвовали заместители руководителя ПМСП и госпиталей по лечебным вопросам, заместители руководителя по административно-хозяйственным вопросам, старшие медицинские сестры, операционные медсестры, старшие медсестры родовспомогательных отделений.

Тренинги проводились на основании приказа министра здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан № 229 от 17 апреля 2024 года «О проведении тренингов на тему: “Профилактика инфекции и инфекционный контроль в медицинских учреждениях”». Пилотными районами для проведения тренингов в ГБАО стали Мургаб, Ишкешим, Рушан, Рошткала, Шугнан, Рушан, Вандж и Дарвоз. Всего из перечисленных районов в тренингах участвовали 84 участников, в том числе 16 руководителей на уровне заместителей главного врача по лечебной части. Перед тем, как начиналось учебные тренинги, были проведены пред-тесты с целью оценки исходного уровня знаний по вопросам «Профилактика инфекций и инфекционный контроль». Вопросник состоял из 20 вопросов.

Результаты предварительного теста показали, что из 84 участников средний балл неверных ответов составил 10 (53,5%). Самый высокий процент неверных ответов отмечался в группе районов Вандж и Дарвоз (60,0%), Мургаб и Ишкешимский районы (50,5%). После проведения 3-дневного обучающего тренинга уровень знаний медицинских работников существенно изменился в положительную сторону. Так, при оценке после-тренингового теста процент неверных ответов в Мургабском и Ишкешимском районах снизился от 50,5% до 7,1%, в Ванджском и Дарвазском районах - от 65% до 12%. Также наблюдалось снижение от 45% до 23% после тренингов среди представителей Рошткалинского, Шугнанского и Рушанского районов. Следует отметить, что возрастной состав представителей некоторых районов был намного выше 60 лет, когда усвояемость материалов и работа с тестовыми заданиями представляли определенные трудности. Также необходимо отметить языковой барьер у представителей районов, участвующих в тренинге: переведенные тесты на государственном языке, медицинская терминология не в полном объеме были понятны для участников.

Заключение. Полученные результаты тестов до и после проведения трехдневного тренинга на тему «Профилактика инфекций и инфекционный контроль» показали, что базовые знания медицинских работников всех уровней, начиная от руководителей и до средних медицинских работников, не отвечают современным требованиям. Одноразовое проведение тренингов не улучшит ситуацию, в связи с чем необходимо регулярно проводить обучающие тренинги по данной тематике. Особое внимание необходимо уделить подготовке всех работников медицинских учреждений - от руководителей до младшего медперсонала и технических работников. Учебный материал и модули необходимо подготовить на доступном языке в зависимости от категории работников и обратить особое внимание на часто используемую медицинскую терминологию.

Мухамадиева С.М., Мирзабекова Б.Т., Хайридинова Дж.А.

УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА АНТЕНАТАЛЬНОГО УХОДА В ПЕРИОД СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ РЕГИОНАЛИЗАЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПОМОЩИ (НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА ДУШАНБЕ)

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

Цель исследования. Улучшение качества дородового ухода в период регионализации путем внедрения «Паспорта матери».

Материал и методы исследования. Объект исследования: специалисты Центра репродуктивного здоровья города Душанбе и родильные стационары пилотных объектов – 161 медицинский работник (акушеры-гинекологи, семейные врачи).

Предмет исследования: оценка знаний специалистов центров репродуктивного здоровья по вопросам антенатального ухода с использованием национального стандарта «Дородовая помощь при физиологической беременности» (приказ МЗиСЗН РТ № 665 от 12.09.2022 года). Ознакомление с документом «Паспорт матери» и «Порядком оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и после родов в организациях государственной системы здравоохранения» (Постановление Правительства РТ № 545 от 30.12. 2021 года).

Методы исследования: интерактивные лекции, мозговой штурм, ролевые игры, работа в группах, дискуссия.

Результаты и их обсуждение. Средний уровень базовых знаний специалистов составил 78,4%: по вопросам проведения быстрой оценки-56,4%, принципов консультирования - 67,7%, количеству антенатальных визитов - 78,2%, направления и перенаправления беременных на более высокий уровень родовспомогательных учреждений - 52,4%.

В ходе обучения все участники были ознакомлены с содержанием «Паспорта матери», как официального документа, который заменит обменную карту (форма 087).

Работая в малых группах, решая ситуационные задачи и участвуя в ролевых играх, участники обучились практическим навыкам использования «Паспорта матери». В ходе дискуссии специалисты оценили важность документа в обязательствах как медработника, так и беременной в благополучном исходе беременности и родов, преемственности между амбулаторным и стационарным звеньями.

По результатам исследования, в конце курса повысился теоретический уровень знаний специалистов по вопросам антенатального ухода, фиксированных в «Паспорте матери» на 17,7%, составляя при этом 96%.

Все участники данный документ считали эффективным в обучении и представлен простым, доступным языком; 97% специалистов считают, что количество дней являются достаточными для изучения вопросов, касающихся антенатального ухода, 95% - для изучения вопросов, касающихся ухода в стационаре и после родов, 89% - изучения принципов консультирования. Большинство участников (87%) отметили, что содержание документа является объемным, при этом все (100%) участники указали, что участие в данной учебной программе с использованием «Паспорта матери» было крайне полезным, а документ – социально значимым.

Заключение. Специалисты имеют достаточный уровень знаний о принципах антенатального ухода, что позволит им компетентно внедрять «Паспорт матери» и оценили важность представленного документа в улучшении качества медицинских услуг матери и ребенку и усилении преемственности между антенатальным и стационарным звеньями.

Мухторзода А.Н.

СОХТОРИ ОРИЗАҶОИ ГЕМОФИЛИЯ ДАР ШАРОИТИ ИҚЛИМИ ГАРМИ ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Кафедраи бемориҳои даруни бо курси геронтология ва гематологияи МДТ «ДБКСТ ҶТ»

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши сохтори оризаҳои гемофилия дар шароити иқлими гарми Ҷумҳурии Тоҷикистон.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар таҳқиқоти мазкур 773 нафар беморони гирифтори гемофилия (ГФ) зери назорат қарор гирифтанд. Қисми зиёди ҳолатҳо, 557 нафар (72%) гирифтори ГФ «А» ва 116 нафар (28%) гирифтори «Б» буда, синну соли онҳо аз 17 то 49 сола буд, ки солҳои

2010 то 2023 дар шӯъбаи гематологияи МД ММТ ҶТ «Шифобахш» бистарӣ шудаанд. Усулҳои таҳқиқоти умумии клиникӣ, биохимиявӣ ва инструменталӣ гузаронида шуданд, гурӯҳи назоратӣ аз 35 нафари солим иборат буд.

Ба беморон уролог, кардиолог, ҷарроҳ, невропатолог ва ортопедҳо машварат доданд.

Натиҷаҳо. Аломатҳои асосии клиникӣи гемофилияи А ва В инҳоанд: хунравии сти-

хиявӣ (83% ва 27%); ташаккули гематомаҳои пӯст (78% ва 35%), байнимушакҳо (45% ва 23%) ва ретроперитонеали (77% ва 15%), ки дар натиҷаи ҷароҳатҳои гуногун ва амалиёти ҷарроҳӣ ба вучуд омадаанд; гемартрозҳои бугумҳои калон (79% ва 17%), бо инкишофи анкилоз (67% ва 36%) ва контрактураҳо (49% ва 23%). Дар мавсими гармӣ сохтори оризаҳо нисбат ба мавсими сардӣ зиёд шуд. Омӯзиши сохтори оризаҳои гемофилия нишон дод, ки гемоартроз (79,0% ва 17,0%), гематомаи бофтаҳои нарм (77,0% ва 15,0%) ва хунравии стихиявӣ (67,0% ва 15,0%) дар мавсими гармии гемофилия оризаҳо бештар авҷ мегиранд, ки хунравии зерӣ конъюнктивалӣ (37,0% ва 7,0%), хунравии бинӣ (56% ва 11%), хунравии дохили коса (23,0 ва 3,0 %), гематомаҳои дохиликовитарӣ дар рӯдаи меъда (20,0%) ва 5,0%, пиелонефрит (17% ва 7%), гидронефроз (25% ва 10%), тромбози амиқи рағҳо (17,0% ва 3,0%), сактаи геморрагӣ (5% ва 1%), артритҳои

септикий, остеомиелит, перикардит, эндокардит ва норасоии музмини узвҳо ва ихтилоли асабҳои равонӣ (16,0% ва 4,0%) ҷойи дуҷумро мегиранд.

Зиёдшавии вақти лахташавии хун, АЧТВ, вақти тромбин, МНО, вақти рекалсификация ва камшавии ПТИ муайян карда шудааст.

Хулоса. Дар мавсими гарми сол сохтори оризаҳо нисбат ба мавсими сардии сол зиёд мешавад. Оризаҳои маъмултарини гемофилия аз гемоартроз, гематомаҳои бофтаҳои нарм ва хунравии стихиявӣ иборатанд, дар ҳоле ки хунравии зерӣ конъюнктивалӣ ва дохили косаҳои сар, гематомаҳои дохиликовитарӣ дар рӯдаи меъда, тромбози амиқи рағҳо, артритҳои септикий, остеомиелитҳо, перикардитҳо, норасоии музмини узвҳо ва вайроншавии психоневрологӣ ба нақшаи дуҷум ворид гарданд. Ташхиси барвақти шаклҳои гуногуни гемофилия, бешубҳа, оризаҳои ҷиддиро коҳиш медиҳад ва пешгири мекунад.

Назарзода Ф.Н., Ёров У.У., Норқулов Т.

ОИДИ ТАКМИЛИ АМАЛИЯИ ТИББИ ХУСУСӢ

¹Кафедраҳои ҷарроҳӣ, кори ҳамширагӣ ва курси бемориҳои дарунии шӯъбаи МДТ “Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” дар ш.Бохтар, вилояти Хатлон

²Маркази тиббӣ Хатлон, шаҳри Бохтар, вилояти Хатлон

Мақсади тадқиқот. Иштирок ва саҳмгузорӣ дар амалигардонии Қарорҳои Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 30 сентябри соли 2020, таҳти №414 “Стратегияи ҳифзи солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2030” ва аз 31 декабри соли 2020, таҳти № 704 “Барномаи давлатии рушди соҳаи тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии вилояти Хатлон барои солҳои 2021-2025”.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Фаъолияти субъектҳои хусусии тиббӣ дар маърази таваҷҷуҳи Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон қарор дошта, тартиби фаъолияти онҳо новобаста аз шакли моликият, дар моддаҳои 1, 13, 55, 60, 66, 67, 68, 69, 70,71, 105, 161, 166, 172, 174, 182 ва 217 - ўми Кодекси тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон омадааст ва бо муқаррарнамудаи Кодекси мазкур, инчунин, дигар санадҳои қонунгузориҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон таъсис дода шуда, амалӣ гардидани сиёсати давлатиро дар соҳаи ҳифзи саломатӣ таъмин намоянд.

Натиҷаҳо. Имрӯз, бахши хусусӣ яке аз самтҳои афзалиятноки сиёсати Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон ба шумор рафта, ислоҳоти қуллии қонунгузорӣ дар бахши самти мазкур гузаронида шуд.

Рушди тибби хусусӣ аз бахшҳои муҳими соҳаи тандурустии мамлакат ба шумор рафта, инкишофи он дар Стратегияи ҳифзи солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон барои давраи то соли 2030 ҳамчун воситаи асосии таъмин намудани ҳадафҳои миллӣ муайян гардидааст.

Айни ҳол дар Ҷумҳурии Тоҷикистон зиёда аз 800 муассисаҳои хусусии тиббӣ фаъолият доранд ва шумораи онҳо сол то сол афзуда истода, ба дастовардҳои зиёд ноил гардида, дар расонидани дастрасии мардум ба хизматрасониҳои баландсифати тиббӣ, беҳтар намудани сатҳ ва сифати саломатии аҳоли саҳм гузошта истодаанд.

Мутаасифона, новобаста аз дастовардҳои ноил гардидаи амалияи тибби хусусӣ, камбудҳои ҳалталаб, аз ҷумла амалигардонии

протоколу дастурамалҳои клиникии ташхису табобат, барномаҳои миллӣ ва соҳавии тандурустӣ, ҳамкориҳо бо муассисаҳои давлатии тиббӣ, малакаи муоширати кормандон, норозигии беморону наздикони онҳо вобаста ба арзиши хизматрасонӣ ва ғайраҳо ҳанӯз зиёд буда, барои бартараф намудани онҳо такмили пайвастаи амалияи тиббӣ хусусиро нишон медиҳад.

Таҷрибаи кишварҳои Аврупо нишон медиҳад, ки рушди фаъоли тибби хусусӣ дар маҷмӯъ ба равандҳои модернизатсияи соҳаи тандурустӣ таъсири судманд мерасонад. Ин танҳо дар сурати қатъиян риоя кардан дар соҳаи тандурустӣ оиди ҳалли вазифаҳои гузашташуда дар ҳифзи сиҳати аҳоли равона гардад ва ин имконпазир буда, яке аз мақсадҳои таъсис додани тибби хусусӣ мебошад.

Хулоса. Дар фаъолияти муассисаҳои амалияи тибби хусусӣ муҳим будани: ҳамкориҳои зичи хизматрасони бо муассисаҳои давлатии тандурустӣ, амалигардонии протоколҳо, дастурамалҳои клиникии ташхису табобат ва барномаҳои мақсадноки ниғаждорӣ тандурустӣ, сари вақт гузаштани такмили ихтисос дар дохил ва хориҷи кишвар, таъмини муассисаҳо бо кадрҳои баланд ихтисос, ташкили конфронсу семинарҳо, форуми ташкилотҳои хусусии тиббӣ ва таҷрибаомӯзи бо ҳамкорон, баланд бардоштани фаъолияти илмӣ тадқиқоти, танзими аниқи ҳуқуқи ӯҳдадорӣҳои муроҷиаткунандагон дар шартномаҳои басташуда.

Дастгирии молиявӣ бо истифода аз имтиёзҳои давлатӣ дар рушду равнақ ва таъмини клиникаҳои хусусӣ бо технологияи ҳозиразамон.

Назирова Н.К., Шодиева Ш.К., Наджмиддинова К.И.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ГУ ГЦЗ №1 Г. ДУШАНБЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

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

Цель исследования. Провести анализ качества ведения пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении семейного врача (СВ) с диагнозом «Артериальная гипертензия» (АГ), в соответствии с действующими «Клиническими протоколами по ведению и лечению пациентов с АГ».

Материал и методы исследования. Проведена ретроспективная оценка качества ведения пациентов с АГ на соответствие существующей практики диспансеризации данной категории пациентов установленным стандартам ведения на основании действующих «Клинических протоколов по ведению и лечению пациентов с АГ» путем анализа случайной выборки 112 амбулаторных карт пациентов с АГ, состоящих на диспансерном наблюдении СВ в ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе за 2023 год.

Результаты и их обсуждение. Среди 112 пациентов с АГ мужчины составили 46,4%

(52), женщины – 53,6% (60). Проведенный анализ показал, что только 89,3% (100) пациентов прошли диспансеризацию в 2023 году в соответствующем объеме. При этом только у 71,4% (80) диагноз АГ сформулирован в соответствии с МКБ-10.

Известно, что снижение бремени осложнений АГ на популяционном уровне обусловлено не только улучшением контроля повышенного уровня АД, но и контроля основных факторов риска, липидов крови, уровня глюкозы в крови и др. В 92,9% (76) амбулаторных карт имеются данные измерений АД и пульса при каждом визите, у 67,9% (56) пациентов определен ИМТ по данным массы тела и роста, только у 46,4% (52) проведено измерение окружности талии и бедра с вычислением индекса ОТ/ОБ. Результаты общего анализа крови и общего анализа мочи имеются у 75,0% (63) пациентов, глюкозы крови – у 69,4% (78), общего холестерина – у

42,9% (48), ЭКГ – у 58,0% (65). У 67,9% (76) пациентов в амбулаторных картах имеются данные осмотра глазного дна.

Больные АГ нуждаются в систематической, непрерывной и организованной помощи, оказываемой СВ во взаимодействии с узкими специалистами. Так, 60,7% (68) пациентов осмотрены профильными специалистами (окулистом, кардиологом, эндокринологом).

Проведение немедикаментозных мероприятий среди больных с АГ – это важный компонент эффективного лечения данной категории пациентов наряду с медикаментозным лечением. Так, немедикаментозная терапия, т.е. врачебные рекомендации, советы по изменению образа жизни с учетом имеющихся модифицируемых факторов риска, прописана в амбулаторных картах у 78,6% (88) пациентов, медикаментозное лечение – у 85,7% (96).

Кроме того, 54,5% (61) прошли обучение в Школе здоровья ГУ ГЦЗ №1 г. Душанбе. Обучение пациентов в Школе АГ 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. Соответствие существующей практики диспансеризации пациентов с АГ установленным стандартам ведения на основании действующих «Клинических протоколов по ведению и лечению пациентов с АГ» способствует повышению качества лечебно-профилактического процесса на уровне ПМСП в практике СВ. Эффективная организация медицинской помощи СВ на амбулаторном уровне позволяет обеспечить проведение основных вмешательств и регулярное динамичное наблюдение за пациентами, что дает возможность больным АГ прожить долгую и более качественную жизнь, несмотря на то, что АГ – это хроническое заболевание.

Норқулов Т., Мусоев И.И., Шарипова Ф.Ш., Бердиев Х.З.

ОИДИ ЗАРУРИЯТИ ТАКМИЛИ ТАҲСИЛИ ЁРИИ ПАЛЛИАТИВИИ ТИББИ

¹Курси бемориҳои дарунии шӯъбаи МДТ “Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон” дар ш.Бохтар, вилояти Хатлон

²Кафедраи “Амрози даруна ва бемориҳои кӯдакона”-и МДТ “Коллеҷи тиббии шаҳри Бохтар”, вилояти Хатлон

Мақсади тадқиқот. Иштирок ва саҳмгзорӣ дар татбиқи Қарорҳои Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон “Стратегияи ҳифзи солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба рои давраи то соли 2030” аз 30 сентябри соли 2020, таҳти №414 ва “Барномаи тайёр намудани кадрҳои тиббӣ ба рои давраи то соли 2030” аз 31 декабри соли 2020, таҳти №720.

Натиҷаҳо. Ёриҳои паллиативӣ яке аз шаклҳои нави соҳаи тандурустӣ, эътироф шуда, ба рои беҳтар намудани сифати ҳаёти беморону аъзоёни оилаи онҳое, ки ба бемориҳои табобатнашаванда дучор гардидаанд ва ба кӯмаки тиббии паллиативии баландхтисос, нигоҳубини ҳамширагӣ, дастрасии равонӣ ва маънавӣ ниёз доранд, равона карда шудааст.

Мутахассисони асосие, ки ба беморони табобатнашаванда дар охири умр кӯмаки паллиативӣ мерасонанд, табибон ва ҳамши-

раҳои минтақавии бемориҳои дарунӣ, кӯдакона ва тиббӣ оилавӣ мебошанд, вале аксарияти онҳо ба рои таъмини ёриҳои паллиативии баландхтисос малакаи кофӣ надоранд.

Тибқи маълумотҳои адабиёти ватани ва хориҷӣ, дар бисёр ҳолатҳо хангоми расонида ни ёриҳои паллиативӣ норозигӣ, шикоятҳои беморон ва наздикони онҳо бо сабаби нокифоя будани сифати хизматрасонӣ набуда, балки аз паст будани сатҳи сифати малакаи муоширати кормандони тиб вобаста мебошад. Тадқиқотҳои арзёбии салоҳияти кормандони тиб хангоми ёриҳои паллиативӣ нишон медиҳад, ки зиёда аз нисфи пурсидашудагон дар таъмини кӯмак ба беморони дармоннопазир мушкили доранд ё ҳавасманд набуда, 98 фоизи онҳо хоҳиши ба барномаи такмили ихтисосӣ таҳсилоти касбӣ ворид намудани масъалаҳои ёриҳои паллиативиро доранд.

Омилҳои мазкур зарурати такмили таълими этикии донишҷӯён ва мутахассисони соҳаи тибро, махсусан ҳангоми расонидани ёрии паллиативӣ нишон медиҳад.

Ба роҳ мондани ёрии паллиативӣ дар маърази таваҷҷуҳи Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон қарор дошта, тартиби расонидани ёрии паллиативӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон, дар моддаҳои 1-ум ва 59-уми Кодекси тандурусти Ҷумҳурии Тоҷикистон омадааст, ки дар онҳо кӯмаки паллиативӣ шакли расонидани кӯмаки тиббӣ ба шахсони дорои бемориҳои табобатнашаванда бо мақсади сабук гардонидани вазъи саломатии онҳо муқаррар карда шудааст.

Мутаассифона, то имрӯз як қисми табибон ва мутахассисони миёнаи тиб, махсусан ҷавонон, дар фазои пасти маънавӣ ва ахлоқии касбӣ қарор доранд. Дар Паёмҳои Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон мӯҳтарам Эмомалӣ Раҳмон ба Маҷлиси Олӣ зикр гардидааст, ки яке аз масъалаҳои, ки бо вучуди таъкидҳои доимӣ ислоҳ нашуда истодааст, тарбияи кадрҳо ва паст будани сатҳу сифати муоширати табибон буда, ҳамчониба инкишоф додани сатҳу сифати донишу малақаҳои донишҷӯёни таҳсилоти олӣ, миёнаи касбии тиббӣ, табибону кормандони миёнаи тиб, хусусан мутахассисони ҷавонро тақозо менамояд. Тавре маълум аст, таълиму тарбия ҷузъи таркибии инкишофи назария ва амалияи низоми маориф буда, ҳамгироии онҳоро устувор мегардонад.

Тарбияи донишҷӯёну мутахассисони ҷавон дар асоси ташаккули хислату арзишҳои ахлоқӣ, меҳрубонӣ, шафқат, таҳаммул-

пазирӣ, эҳтиром вазифаи аввалиндараҷа мебошад.

Рушди шакли кӯмаки паллиативии тиббӣ муҳим ба ҳисобрафта, дар асл душвор ё гарон намебошад ва дар он сухан дар бораи наҷот додани ҳаёт тавассути табобати гаронбаҳо нарафта, он барои беҳтар намудани сифати охири ҳаёти беморони табобатнашаванда мебошад ва харҷи зиёди маблағҳои бучавии барои дастгирии беморони ба ёрии паллиативӣ ниёздоштаро бартараф менамояд.

Хулоса. Инчунин, курси паллиативии барномаҳои таҳсилоти олӣ, миёнаи тиббӣ ва баъдидипломӣ ба ҳалли як қатор масъалаҳои муҳим ва мубрами соҳаи тандурусти мусоидат менамояд. Аз ҷумла, заминаҳои заруриро дар таъмини ёрии муносири паллиативӣ ба аҳоли беҳтар намуда, сатҳи тайёрии мутахассисонро оид ба масъалаҳои муҳими табобати аломатии (симптоматикӣ) беморони вазнин ва беморони ба ёрии паллиативӣ мӯҳтоҷро баланд бардошта, сифати оморасозии хатмкунандагонро ба стандартҳои муносири ҷаҳонӣ мутобиқ менамояд.

Такмили таълим ва ҷанбаҳои этикии ёрии паллиативӣ, омӯзиши омӯзгорони таҳсилоти олӣ, миёнаи касбии тиббӣ, табибон ва ҳамшираҳои минтақавии бемориҳои дарунӣ, кӯдакона ва тиббӣ оилавӣ дар муассисаҳои таҳсилотие, ки таҷрибаи ҷандинсолаи таълимии фанни ёрии паллиативии тиббиро доранд, инчунин, ташкил ва пурзур намудани фаъолияти комиссияҳои ахлоқӣ дар ҳамаи муассисаҳои тандурусти хело муҳим мебошад.

Нурматова З.И.

ГОТОВНОСТЬ МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН-СТУДЕНТОК ГОРОДА ХУДЖАНДА К МАТЕРИНСТВУ

Кафедра сестринского дела Худжандского отделения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», Худжанд

Цель исследования. Оценка готовности женщин-студенток к материнству.

Материал и методы исследования. Проведен социологический опрос среди 74 женщин-студенток Худжандского государственного университета на базе Центра здоровья №5 г. Худжанда.

Анкета.

1. Насколько проинформированы об ответственности материнства?
2. Как собираются посещать учёбу во время беременности?
3. В чьей поддержке в первую очередь нуждаются будущие матери-студентки?
4. Насколько она может полагаться на свои силы?

5. Могут ли их коснуться финансовые затруднения?

6. Будут ли они посещать школы материнства в центрах здоровья во время учёбы?

7. Что их ждёт после родов?

8. Насколько они могут дать ребёнку материнскую ласку и любовь?

9. Готовы ли они брать академический отпуск после рождения ребёнка?

10. Готовы ли они бросить учёбу во время материнства?

Результаты и их обсуждение. По результатам опроса, 39% опрошенных студенток одобряют, 61% опрошенных не одобряют материнство в студенческой среде. 39% одобряют материнство, считая, оно не оказывает отрицательного влияния на результаты учёбы, так как им помогают родители мужа. Тем не менее, 61% (большая часть опрошенных) против материнства в студенческое время из-за отсутствия свободного времени, недостаточной материальной базы, без поддержки кого-либо.

Информацию о материнстве в социальной сети интернета, по телевизору, из книг, от друзей, от матерей получили 5%. Без проблем будут посещать учёбу, так как ребёнок ещё находится в утробе матери, 10,4%, на поддержку родителей рассчитывают 15%, невозможность полагаться на свои силы имеется у 15%, затруднительное материальное положение – у 3,6%, постараются посещать школы материнства 4%, 1% респонденток

считают, что их жизнь станет хуже после рождения ребёнка, 3% респондентов затруднились ответить, насколько они смогут отдать свою силу и любовь ребёнку, так как они еще не знакомы с чувствами материнства, академический отпуск брать, готовы только 3%, готовы бросить учёбу после рождения ребёнка 1%.

Закключение. Родители женщин-студенток в первую очередь должны думать об учёбе их дочерей, когда выдают их замуж. В ходе проведенного исследования о содержании понятия готовность студенток к материнству было установлено положительное отношение к проблеме. Будущие мамы рассчитывают на материальную и психологическую помощь родителей. Обязательное наличие службы социально-психологической поддержки женщинам-студенткам в условиях женской консультации поможет женщине-студентке планировать беременность, получить поддержку и помощь в мобилизации психологических аспектов для благополучного течения беременности и рождения здорового ребенка. Без поддержки родителей молодые мамы не могут самостоятельно обеспечить себя и своего малыша всем необходимым для полноценной жизни. Таким образом, комплексная деятельность по оказанию различных видов помощи женщинам-студенткам и их детям поможет решить проблему социальной адаптации этой категории населения к современным условиям.

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

МНЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ОБ АКТИВНОСТИ ПОСЕЩЕНИЯ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА НА ДОМУ

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

Цель исследования. Оценка активности посещения семейного врача на дому, по мнению населения.

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

Результаты и их обсуждение. При исследовании отражена степень активного посещения семейным врачом членов семьи.

По г. Душанбе выяснилось, что 6 (0,6%) опрошенных лиц семейные врачи вообще не посещали, посещали: 1 раз в месяц - 544 (52,1%); 1 раз в 3 месяца - 73 (7,0%); 2 раза в год - 79 (7,6%) и чаще одного раза в месяц - 343 (32,8%) опрошенных лиц. По району Хамадони Хатлонской области 30 (0,8%) респондентов ответили, что семейный врач вообще не посещает семью, посещает 1 раз в месяц - 2376 (59,3%), 1 раз в 3 месяца - 108 (2,7%) опрошенных, 2 раза в год – 336 (8,4%) опрошенных лиц и посещает чаще одного раза в месяц - 1155 (28,8%). Показатели по

Аштскому району Согдийской области: что посещает семью семейный врач 1 раз в месяц отметили 962 (96,2%) опрошенных лиц, 1 раз в 3 месяца - 29 (2,9%) опрошенных, чаще 1 раза в месяц - 9 (0,9%) опрошенных. По городу Истаравшан Согдийской области респонденты ответили, что семейный врач посещает семью 1 раз в месяц - 709 (71,0%) опрошенных лиц, 1 раз в 3 месяца - 218 (21,8%) опрошенных, 2 раза в год - 22 (2,2%) опрошенных, чаще 1 раза в месяц - 51 (5,0%). Таким образом, выяснилось, что в 36 (0,5%) случаях из общего числа опрошенных лиц семейный врач вообще не посещает семью, 1 раз в месяц посещает у 65,1% респондентов, один раз в 3 месяца - 6,1%, 2 раза в год посещает 6,2% и в 22,1% случаев семейный врач посещает семью чаще 1 раза в месяц.

С целью выявления информированности опрошенных лиц о своем семейном враче респондентам был задан вопрос «Знакомы ли Вы со своим семейным врачом?». При исследовании выявлено, что по городу Душанбе

1003 (96,0%) опрошенных лица подтвердили своё знакомство, 42 (4,0%) респондента отрицали. По району Хамадони Хатлонской области 3861 (96,4%) опрошенных лиц знают своего семейного врача, 144 (3,6%) опрошенных лица отрицали. Респонденты Аштского района Согдийской области на заданный вопрос ответили «да» 996 (99,6%), «нет» - 4 (0,4%) опрошенных лиц. Показатели по городу Истаравшан Согдийской области: 1000 (99,9%) опрошенных лиц знают своего семейного врача. Таким образом, выяснилось, что 97,3% опрошенных лиц по всем регионам знали своих семейных врачей.

Заключение. Основные задачи семейного врача и медицинской сестры, согласно установленным нормативно правовым документам, - это своевременное знакомство с закрепленным участком, проведение профилактических и активных визитов к членам семьи независимо от статуса семьи в обществе, возраста, пола и времени, что является залогом их успешного взаимодействия.

Ортикова М.М., Давлятова Д.Дж., Каримова Ш.З.

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ДЕНЕЖНОГО ДОХОДА НА РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ГЕЛЬМИНТОЗОВ СРЕДИ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ

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

Цель исследования. Изучить влияние уровня денежного дохода на распространённость гельминтозов среди членов семьи в различных регионах Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Проведён опрос и интервью 6050 членов семей по месту жительства в Аштском районе - 1000 человек Согдийской области, 4005 человек - в районе Хамадони Хатлонской области, в городе Душанбе - 1045 человек..

Результаты и их обсуждение. Нами проведено исследование уровня материального дохода каждого члена семьи, интересовал денежный доход членов семьи, который является наиболее важным источником ведения домашнего хозяйства, влияющим на здоровье членов семьи.

Во время исследования установлено, что у 90 (8,6%) опрошенных лиц по городу Ду-

шанбе, у 947 (23,7%) опрошенных по району Хамадони Хатлонской области, у 22 (2,2%) опрошенных Аштского района Согдийской области денежный доход составляет до 400 сомон в месяц. По городу Душанбе у 47 (4,5%) опрошенных лиц, по району Хамадони Хатлонской области - у 498 (12,4%), по Аштскому району Согдийской области - у 44 (4,4%) месячный денежный доход составляет от 401 до 450,0 сомон в месяц. Денежный доход от 451,0 до 500,0 сомон составляет по городу Душанбе - у 70 (6,7%), по району Хамадони Хатлонской области - у 757 (18,9%), по Аштскому району Согдийской области - у 44 (4,4%) опрошенных. Денежный доход от 501,0 до 550,0 сомон составляет по городу Душанбе у 86 (8,2%), по району Хамадони Хатлонской области - у 48 (1,2%) опрошенных лиц, по Аштскому району Согдийской области - у 879 (87,9%). По городу Душанбе

доход свыше 551,0 сомон имели 752 (72,0%) опрошенных лица, по району Хамадони Хатлонской области - 1755 (43,8%), по Аштскому району Согдийской области - 11 (1,1%) опрошенных лиц.

Согласно полученным данным, самый низкий денежный доход - до 400 сомони -

отмечался в районе Хамадони Хатлонской области - 23,7% и доход 550 сомон и более - в г. Душанбе - 72% среди опрошенных лиц.

Соответственно частота выявленных гельминтозов в исследуемых регионах (в расчете на 100000 населения): в Хамадони - 600,3; в Аште - 446; в г. Душанбе - 121,4 случая.

*Частота гельминтозов в исследуемых регионах
(в расчете на 100.000 населения)*

Гельминтоз	Душанбе	Хамадони	Ашт
Лямблиоз	62,5	-	34,4
Аскаридоз	11,2	410,6	358,1
Энтеробиоз	38,6	50,3	22,0
Гименолепидоз	9,1	139,4	32,3
Всего	121,4	600,3	446,8

Заключение. Проблема распространённости глистной инфекции, к сожалению, остро стоит в Республике Таджикистан. Социологические исследования указали, что чем ниже семейный доход у семьи,

тем большая часть её остаётся за чертой бедности, что естественно отражается на распространённости гельминтозов и их отрицательном влиянии на здоровье членов семьи.

Ортикова М.М., Давлатова Д. Дж., Каюмов Ф.Дж., Салимова М.Д.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ СРЕДИ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ О ПУТЯХ ПЕРЕДАЧИ ГЕЛЬМИНТОЗОВ

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

Цель исследования. Изучить уровень медицинских знаний среди членов семьи о путях передачи гельминтозов в различных регионах Республики Таджикистан.

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

Результаты и их обсуждение. Нами проведено исследование уровня медицинских знаний среди членов семьи о путях передачи гельминтозов, который является наиболее важным источником профилактических мер среди членов семьи. Исследования указали, что 27,2% опрошенных лиц по городу Душанбе, 3,6% по району Хамадони Хатлонской области, 3,6% по району Ашт Согдийской

области, 21,8% по г. Истаравшан Согдийской области во время уборки используют пылесос и соответственно 72,8%, 96,4%, 96,4%, 78,2% во время проведения уборки используют веник.

Таким образом, из общего числа опрошенных лиц во время уборки только 14,1% используют пылесос, остальные 85,9% пользуются веником, что даёт худшие результаты в борьбе с пылью и является источником распространённости яиц гельминтов среди членов семьи.

Заключение. Здоровье членов семьи является показателем и индикатором, характеризующим состояние здоровья в обществе.

Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о наличии такого фактора риска, как недостаточная уборка, что негативно влияет на распространённость глистной инвазии среди членов семьи.

¹Раджабова Г.К., ¹Султанова Дж.М., ¹Ахмерова Н.Ш.,
¹Мирзоева К.Д., ²Саидова Ф.К.

ВАЖНОСТЬ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН ПРИ НЕОТЛОЖНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

¹Кафедра акушерства и гинекологии № 2 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
²ГУ ГЦЗ № 13 г. Душанбе

Цель исследования. Изучить важность проведения микробиологического исследования урогенитального тракта женщин при неотложной гинекологической патологии.

Материал и методы исследования. Исследование основано на анализе 79 женщин с неотложной гинекологической патологией, поступивших в ГУ «Медицинский комплекс “Истиклол”» г. Душанбе, являющийся клинической базой кафедры акушерства и гинекологии №2 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ» за период 2016 по 2023 годы. Женщины детородного возраста составили 89,9%, женщины старших возрастных категорий (старше 50 лет) - 10,1%.

По частоте среди неотложной гинекологической патологии преобладали различные осложненные формы кисты правого яичника (ОФКЯ), что составило 36,8% (n=29) пациенток. Наряду с этим встречались такие патологии, как осложненные формы миомы матки (ОФММ) – 31,6% (n=25), внематочная беременность (ВБ) – 20,2% (n=16), осложненные формы кисты яичника + спаечная болезнь (СБ) – 11,4% (n=9).

Для достоверного анализа и соответствующей коррекции выполнено бактериоскопическое исследование мазков из влагалища из трех точек: уретра, задний свод влагалища, цервикальный канал, в последующем, соответственно, эти показатели сопоставлялись.

Результаты и их обсуждение. При проведении микробиологических исследований урогенитального тракта у женщин с неотложной гинекологической патологией наиболее часто определялись ассоциации от 2 до 5 условно патогенных микроорганизмов. Наиболее часто определялись аэробно-анаэробные ассоциации, что составило 39,2% (n=31), аэробно-аэробные встречались в 34,2% (n=27) и анаэробно-анаэробные ассоциации - в 26,6% (n=21). В целом, анаэробы в ассоциациях составили 51,3%, аэробы – 48,7%.

Аэробно-анаэробные ассоциации имелись у 31 (39,2%) женщины, в частности характеризовались такими микроорганизмами, как *Gardnerella vaginalis*, *Enterococcus*, *Bacteroides* и *Candida albicans*. В свою очередь аэробно-аэробная ассоциация (n=27) характеризовалась наиболее частым сочетанием *Enterococcus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Candida albicans*, *E.coli*, *Enterobacteriaceae*, *Staphylococcus hicus*, *Staphylococcus hominis*, *S. xylois*, *Streptococcus agalactiae* и *Corynebacterium*. *Gardnerella*, *Bacteroides*, *Mobiluncus vaginalis*, *Leptotrichi abuccalis*, *Prohioni bacterium* и *Actynomices* относились к микроорганизмам анаэробно-анаэробных ассоциаций (n=21). Следует отметить, что у исследуемых женщин, в частности, отмечались ассоциации коагулазоотрицательных стафилококков (*S. saprophyticus*, *S. epidermidis*, *S. haemolyticus*) и наименьшей долей - коагулазоположительных стафилококков (*S. aureus*).

Для сравнительного анализа результатов бактериоскопического исследования проведено также исследование мазков 21 женщины, госпитализированных в отделение гинекологии с различными плановыми патологиями и подвергшиеся консервативной терапии.

У исследованных женщин с неотложной гинекологической патологией выявлен наиболее часто встречаемый спектр условно-патогенной флоры с преобладанием таких микроорганизмов, как *Ur. Ureaiticus* (15,2%), *Candida* (12,1%), *G. Vaginalis* и *E. Coli* (по 6,1% соответственно).

Заключение. Таким образом, у женщин с неотложной гинекологической патологией наблюдается высокая частота встречаемости условно-патогенной микрофлоры в цервикальном канале, что крайне необходимо учесть при консервативной коррекции острых заболеваний органов гениталий.

Рахматова Н.А., Рахматова Р.А., Хусаинова А.А.

ДИНАМИКА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН ЗА 2019-2023 ГГ.

¹Кафедра общественного здравоохранения, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан» - "Шифобахш"

Цель исследования. Оценить динамику первичной заболеваемости сахарным диабетом в Республике Таджикистан за 2019-2023 годы.

Материал и методы исследования. На основании статистической информации Государственного учреждения «Республиканский центр статистики и медицинской информации» (ГУ РЦСиМИ) проведен анализ первичной заболеваемости сахарным диабетом в Республике Таджикистан за 2019-2023 гг. Сравнительная оценка показателей заболеваемости сахарным диабетом проведена на основании анализа отчетной формы №12 («Отчет о числе заболеваний, больных в районе обслуживания центров здоровья») с использованием программного обеспечения информационной системы здравоохранения (DHIS2). Для проведения оценки динамики заболеваемости сахарным диабетом по годам, регионам распределения, с учетом половых особенностей заболевания применены аналитический, статистический методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Анализ динамики показателя первичной заболеваемости сахарным диабетом среди населения страны с 2019 по 2021 годы показал тенденцию к увеличению и составил соответственно 50,4, 63,8 и 84,2 на 100 тысяч населения. Данный показатель за последние два года, по сравнению с 2021 годом, хотя и немного снизился, однако остается высоким, по сравнению с 2019 и 2020 годами. Средний показатель заболеваемости сахарным диабетом за 2019-2023 гг. составил 70,2 на 100 тыс. населения, причем среди женщин он выше в 1,7 раз, чем среди мужчин (соответственно 86,4 и 51,4 на 100 тыс. населения). Пик заболеваемости сахарным диабетом у мужчин и женщин отмечен в 2021 году: у мужчин он составил 61,8, у женщин – 107,3 на 100 тысяч населения. Анализ динамики забо-

леваемости по регионам страны показал, что в Хатлонской области после периода снижения заболеваемости в 2019 году отмечается повышение данного показателя в 2021 году, по сравнению с 2020 годом, на 127,0 и 42,6 на 100 тыс. населения соответственно; в ГБАО за этот же период - 40,0 и 58,7 на 100 тыс. населения; по городу Душанбе - 45,5 и 56,0 на 100 тыс. населения.

Приведенные результаты свидетельствуют о некотором повышении активности населения в вопросах здоровья, улучшении его информированности по сахарному диабету в последние годы, а также улучшении регистрации новых случаев заболевания в медицинских учреждениях, в том числе с использованием программного обеспечения информационной системы (DHIS2). В Согдийской области за последние годы происходит относительное снижение показателя заболеваемости сахарным диабетом от 91,5 (2019 г.) до 78,2 (2021 г.) на 100 тыс. населения, что может свидетельствовать о снижении активности населения в вопросах обращаемости и отсутствии регистрации новых случаев заболевания.

Заключение. Проведенный анализ показал, что в стране отмечен значительный рост заболеваемости сахарным диабетом среди населения за 2019-2023 годы и вероятность повышения показателей заболеваемости в будущем.

В связи с этим необходимо усиление роли общественного здравоохранения в улучшении интеграции и координации служб, вовлеченных в профилактику, лечение и реабилитацию больных, разработка и создание электронного регистра пациентов с сахарным диабетом, позволяющего наладить эффективные механизмы регистрации, своевременного мониторинга и профилактических мероприятий среди пациентов и населения.

¹Рахматова Н.А., ²Сайфуддинов С.Р., ³Рахматова Р.А.

ДИНАМИКА СЛУЧАЕВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И БОЛЬНИЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПО ПРИЧИНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

¹Кафедра общественного здравоохранения, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан» - "Шифобахш"

Цель исследования. Анализировать динамику случаев госпитализации и больничной летальности по причине сахарного диабета в Республике Таджикистан за 2019-2023 годы.

Материал и методы исследования. Проведен сравнительный анализ динамики госпитализации и больничной летальности пациентов с сахарным диабетом за 2019-2023 гг. на основании статистической информации Государственного учреждения «Республиканский центр медицинской статистики и информации» за 2019-2023 гг. с использованием базы данных информационной системы управления здравоохранением (DHIS2).

Для проведения данного исследования использованы статистический, аналитический методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Анализ уровня госпитализации пациентов по причине сахарного диабета среди всех госпитализированных больных по стране за период с 2019 по 2023 годы в среднем составил 2,0% ($2,0 \pm 0,3\%$). Удельный вес стационарных больных с сахарным диабетом (E10-E14) составляет 86,1% к общему числу пациентов, госпитализированных с заболеваниями эндокринной системы, нарушением питания. Темп роста случаев госпитализации пациентов с сахарным диабетом за 2019-2023 гг. составил от 73,7% (2020 г.) до 118,2% (2023 г.). Если учесть, что за период с 2019-2023 гг. в среднем зарегистрировано более 33 тысяч

пациентов с СД, то экстенсивный показатель случаев госпитализации больных в среднем за этот же период составил около 44,0%. Среди госпитализированных преобладают пациенты с сахарным диабетом II типа, в среднем соотношение случаев госпитализации с СД I и II типов составляет 1:2,6.

Согласно отчетным формам, в динамике больничной летальности по причине сахарного диабета за 2020 г. выявлен абсолютный прирост, по сравнению с 2019 годом (70,0 пациентов), в последующие годы имелась тенденция к снижению и абсолютная убыль составляла соответственно -83,0 (2021 г.) и -17,0 (2022 г.). В 2023 году отмечен рост данного показателя, при этом абсолютный прирост составил 34,0, что может свидетельствовать о недостаточных мерах по эффективной профилактике заболевания и его осложнений, своевременной регистрации и взятии пациентов на учет, эффективному лечению и мониторингу заболевания.

Заключение. Таким образом, в сложившейся ситуации необходим интегрированный подход и координация всех служб, вовлеченных в профилактику, лечение, мониторинг и реабилитацию больных, разработка и создание единой базы данных пациентов с сахарным диабетом, позволяющей наладить эффективные механизмы регистрации, своевременной диспансеризации и профилактических мероприятий среди пациентов и населения.

Рахматова Н.А., Тешаева З.И., Козизода М.Х.

РОЛЬ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра общественного здравоохранения, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан» - «Шифобахш»

Цель исследования. Изучить роль врачей учреждений первичной медико-санитарной помощи в своевременности оказания медицинской помощи при неотложных состояниях у детей.

Материал и методы исследования. Ассистентами кафедры общественного здравоохранения, экономики и управления здравоохранением с курсом медицинской статистики совместно с врачами отделения детской анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» были изучены медицинские карты 103 пациентов, поступивших в отделение после оказания неотложной и первичной медицинской помощи на месте происшествия врачами учреждений ПМСП.

Период исследования включал 2021-2023 гг. Среди обследованных больных мальчики составляли 67 (65,1%), девочки - 36 (34,9%) человек. В структуре неотложных состояний пострадавшие после тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ) составили 74 (71,9%), с отравлением при приеме внутрь фосфорорганических соединений (ФОС) – 11 (10,7%), состояние после утопления – 6 (5,8%), пациенты после получения анафилактического шока - 12 (11,6%).

Больные были распределены на две исследуемые группы: контрольную - 37 (35,9%) и основную - 66 (64,1%). Пациентам из основной группы неотложная медицинская помощь оказывалась семейными врачами на месте происшествия. Пациенты контрольной группы доставлялись в стационар после оказания неотложной помощи со стороны бригады скорой медицинской помощи.

При проведении оценки применялись статистический, аналитический методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Согласно информации Всемирной Организации Здравоохранения, преобладающее количество летальных исходов при возникновении неотложных состояний происходят вследствие запоздалой, некачественно оказанной медицинской помощи или позднего обращения за ней.

До недавнего времени неотложную медицинскую помощь оказывали врачи анестезиологи-реаниматологи в специализированных стационарах. Однако недостаточная укомплектованность последних

исключает участие специалиста на месте происшествия на начальных периодах неблагоприятной ситуации. По этой причине роль семейного врача в оказании неотложной медицинской, реанимационной помощи на месте происшествия в “золотой час” является незаменимой.

Анализ результатов исследования показал, что всем пострадавшим основной группы с ТЧМТ неотложная медицинская помощь была направлена на восстановление проходимости дыхательных путей, удаления инородных тел, рвотных масс. Базисная сердечно-легочная реанимация при этом (искусственная вентиляция легких, непрямой массаж сердца) была проведена у 14 (21,2%) пациентов, которая оказалась эффективной. У 7 (10,6%) пациентов с отравлением ФОС неотложная помощь оказана промыванием желудка через зонд и проведением очистительной клизмы. Также врачами первичного звена здравоохранения проводилось введение антидота, реактиватора холинэстеразы – раствора атропина сульфата 0,1% из расчета 0,05 мг/кг массы тела. 4 (6,0%), пациентам с состоянием после утопления неотложная медицинская помощь предоставлялась восстановлением проходимости дыхательных путей, при необходимости проведением сердечно-легочной реанимации.

С целью дегидратации легких использованы салуретики. Неотложная помощь больным с анафилактическим шоком заключалась в немедленном прекращении контакта с аллергеном, наложении жгута выше места инъекции. Введение раствора адреналина 0,1% из расчета 0,1-0,2 мг/кг массы тела.

Пациентам из контрольной группы неотложная медицинская помощь проводилась после прибытия на место происшествия бригады скорой медицинской помощи.

Заключение. Таким образом, обучение руководителей и врачей учреждений первичной медико-санитарной помощи основам оказания неотложной медицинской помощи с использованием новейших технологий обучения, проведение обучающего этапа приемам реанимации, усвоение практических навыков способствуют выработке системы последовательных действий, что в свою очередь, повышает их роль в оказании своевременной и эффективной неотложной медицинской помощи детям.

Саидзода П.А., Курбанов Ш.М.

КОРОТКИЙ ПРОТОКОЛ СТИМУЛЯЦИИ СУПЕРОВУЛЯЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ БЕСПЛОДИЯ В ПРОГРАММАХ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

ООО «Медицинский центр “НАСЛ”»

Цель исследования. Изучить эффективность применения короткого протокола стимуляции суперовуляции при различных формах бесплодия.

Материал и методы исследования. Нами было исследовано 2000 тыс. В клинике ООО «Медицинский центр “НАСЛ”» проведен ретроспективный анализ 30 амбулаторных карт пациенток, которые успешно забеременели после лечения бесплодия методами экстракорпорального оплодотворения, путем применения короткого протокола стимуляции с 2022 по 2023 гг.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток составил 31 год. Первичное бесплодие наблюдалось у 21 (70,0%) пациентки, вторичное – у 9 (30,0%). Трубно-перинеальный фактор бесплодия выявлен у 7 (23,3%) женщин, бесплодие, связанное с ановуляторным циклом, - у 6 (20,0%), бесплодие неясной этиологии - у 2 (6,6%), бесплодие, связанное с маточным фактором, - у одной женщины (3,3%). Мужской фактор бесплодия имел место в 14 (46,6%) случаях.

Стандартная программа экстракорпорального оплодотворения (ЭКО и ПЭ) проведена у 17 (56,6%) семейных пар, экстракорпоральное оплодотворения с интрацитоплазматической инъекцией сперматозоидов (ЭКО/ИКСИ и ПЭ) - у 13 (43,3%).

Необходимо отметить, что с первой попытки программы ЭКО забеременели 23 (76,6%) женщины, со второй попытки - 7 (23,3%).

Стимуляция суперовуляции была проведена по короткому протоколу с ант-ГНРГ (антагонисты гонадотропин – релизинг-гормона).

После проведения ультразвукового исследования органов малого таза и при наличии условий для стимуляции суперовуляции, начиная с 3-го дня менструального цикла, всем пациенткам были назначены рекомбинантный фолликулостимулиру-

ющий гормон (GinnalF, CinnaGen, Иран) в стартовой дозе 225 МЕ/сут, ант-ГНРГ (Cetronax 250, Ronak, Иран) назначен в дозе 250 мкг с достижения лидирующего фолликула диаметра 14 мм. Прием гонадотропинов и ант-ГНРГ продолжали до введения триггера овуляции. Одновременно был проведен мониторинг роста фолликулов (фолликулометрия) и эндометрия, также определялись уровень эстрадиола и прогестерона в крови. При достижении фолликулами диаметра 20 мм назначали триггер овуляции – хориогонадотропин альфа (Овитрель 250 мкг, ИФС, Италия) в дозе 250 мг, однократно, через 36 часов выполняли трансвагинальную пункцию фолликулов.

Перенос эмбриона на 18 день менструального цикла была проведен у 12 (40,0%) пациенток, на 19 день менструального цикла - у 18 (60,0%). После переноса эмбриона в полость матки всем пациенткам назначили поддержку лютеиновой фазы препаратами прогестерона.

Через 14 дней после переноса эмбриона с помощью определения уровня ХГЧ в крови (натошак) пациентки диагностировали наступление клинической беременности. После этого через 7-10 дней проводили ультразвуковое исследование с целью визуализации плодного яйца в полости матки.

Заключение. В ходе проведенного исследования выявлено, что пациентки, которым был показан «короткий» протокол стимуляции, находились в активном репродуктивном возрасте, у большинства имелось первичное бесплодие. Среди бесплодных пар мужской фактор занимал ведущее место, в структуре женского бесплодия лидировал трубно-перинеальный фактор и бесплодие, связанное с отсутствием овуляции. При этом необходимо отметить, что все используемые методы стимуляции в реальной клинической практике зависят больше от индивидуальных показаний, нежели от их эффективности.

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

АНАЛИЗ РАБОТЫ КАБИНЕТА ДОВРАЧЕБНОГО ПРИЕМА ПРИ ОТДЕЛЕНИЯХ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ ПМСП

Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучить в динамике работу семейных медсестёр кабинета доврачебного приема.

Материал и методы исследования. Изучена работа КДП трёх отделений семейной медицины Городского центра здоровья №1 с прикрепленным населением 28614 человек. Проведен анализ отчетов КДП за 2021-2023 годы, изучены записи журнала «Прием пациентов» и подсчитано число прошедших антропометрическое исследование, в основном лиц, входящих в группу риска.

Результаты и их обсуждение. В течение последних десятилетий семейная медицина была признана многими ведущими специалистами системы здравоохранения страны. Основными поставщиками медицинских услуг на ПМСП стали семейные врачи и семейные медсестра. При реструктуризации амбулаторной службы появился кабинет доврачебного приёма (КДП), цель которого - провести антропометрические исследования обратившихся пациентов. В первые годы работы центров здоровья КДП проводил обследование практически всех обратившихся пациентов, однако в последние годы КДП обследует пациентов, входящих в группу риска.

С каждым годом общее число пациентов, прошедших кабинет, растет - 23% - 23,3%

- 24,1% соответственно. Подобная картина отмечена со стороны числа прошедших антропометрическое исследование детей до 1 года (78,7% - 79,4% - 89,4%), то есть младенцев, нуждающихся в вакцинации. Число беременных женщин составило 11,2% - 9,9% - 11,2%. Обращает на себя внимание группа подростков, обратившихся за врачебной помощью, их число за три года колебалось в пределах 315-330-335 детей. Общее число инвалидов, взятых на диспансерный учет, в 2023 году составило 253 человека, однако КДП прошли 390 больных. Согласно записям журнала КДП, некоторые из инвалидов несколько раз обследовались медсестрами, прежде чем попасть на прием к врачу. Обращает внимание, что за последние годы пациенты с повышенной температурой прямо обращаются в КДП, где оказывается доврачебная помощь.

Заключение. Объем работы медсестёр кабинета доврачебного приема растет с каждым годом, что требует открытие дополнительных КДП, возможно для каждого отделения семейной медицины. Это связано, с одной стороны, с увеличением числа населения центра, рождаемостью, с другой - осведомленностью населения о необходимости обследования в данном кабинете до приема врача.

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

ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Провести антропометрическое исследование физического здоровья подростков в возрасте 15 лет и оценить полученные результаты.

Материал и методы исследования. Участие в медицинских осмотрах подростков и

изучение амбулаторных карт (Форма-024У) 211 подростков в возрасте полных 15 лет (года рождения 2007-2008), проживающих на территории Городских центров здоровья №1,15. Провести анализ результатов антропометрического исследования – рост, масса тела, ИМТ.

Результаты и их обсуждение. Состояние здоровья и развития общества определяется уровнем здоровья, например подростков, которые оказывают значительное влияние на здоровье нации в целом и формирует культуру, интеллектуальный, производственный, репродуктивный потенциал.

Наблюдение за показателями здоровья детей подросткового возраста последних лет указывают на их ухудшение, снизилась доля здоровых детей с 45,5% до 33,8 %, 3-кратно выросла заболеваемость среди них, уменьшилось числа юношей, годных к военной службе.

Подростковый возраст - до 15 лет - является средним критическим переходным возрастом от ребенка к взрослому. У 115 (54,4%) подростков показатели роста были в пределах нормы, из них у 45 - 21,3% (мальчики - 21,4%, девочки - 21,3%) показатели находились на нижней границе нормы, согласно данным ВОЗ. У 62 (47,4%) мальчиков и у 27 (33,0%) девочек рост был ниже нормы. Нездоровое питание, зло-

употребление нездоровыми напитками, недостаточность нутриентов в питании у большинства подростков являются первопричиной низкого роста. На это указывали результаты анкетирования подростков по вопросам их питания.

ИМТ, как один из показателей физического здоровья, у 82,4% подростков был в диапазоне нормы, только у 24 (11,3%) (чаще у мальчиков 14,6%) он был ниже 18,5 кг/м². Избыточная масса тела отмечена у 6,3% 15-летних подростков, чаще он установлен среди мальчиков (мальчики - 7,6%, девочки - 3,75%). Из общего числа обследованных подростков только один мальчик (0,47%) имел ожирение 1 степени.

Заключение. При обследовании 211 подростков в возрасте 15 лет в 42,2% случаев наблюдалась низкорослость, в большинстве среди мальчиков. У 24 (11,3%) детей ИМТ был ниже 18,5 кг/м², чаще у мальчиков, у 6,3% - выше нормы. Благодаря данным антропометрических исследований физического здоровья подростка врачи своевременно могут проводить коррекцию их поведения.

¹Сафаров З.Ш., ¹Рахматова Н.А., ²Касымова С.Д., ³Самадова Г.А.

ИНФОРМИРОВАНИЕ О НОВЫХ ПОДХОДАХ К СКРИНИНГУ

¹Кафедра общественного здравоохранения, экономики и управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Кафедра эндокринологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

³Кафедра сестринского дела в семейной медицине ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Информировать сотрудников и слушателей института последипломного образования об инновационных подходах выявления сахарного диабета 2 типа.

Материал и методы исследования. Учебный материал в виде презентаций подготовлен сотрудниками института при участии главного эндокринолога МЗиСЗН РТ. Видом обучения выбран семинар, поддерживаемый международной организацией «GIZ» («Германское техническое сотрудничество»). Семинар предназначен для ассистентов кафедр (15), занимающихся данной проблемой, и их слушателей – интернов/клиниче-

ских ординаторов (33), семейных врачей (15), семейных медицинских сестер (12 человек). Обратная связь в виде Викторины проведена со слушателями для оценки понимания и степени усвояемости материала.

Результаты и их обсуждение. В 2019 г., по оценкам международных экспертов, сахарный диабет установлен у более 460 млн. человек. Заболевание было восьмой по значимости причиной смерти и инвалидности в мире. В 2021 г., по оценкам Международной диабетической федерации, диагноз был уже у 536 млн. человек и в 98% случаев это был диабет 2 типа. Ожидается, что в ближайшее десятилетие распространенность диабета

в мире увеличится на 59,7%, это участит и усугубит течение заболеваний сердечно-сосудистой системы.

В 2023 г. Таджикистане зарегистрировано около 65 тыс. больных диабетом со смертностью от сахарного диабета 787 (1,2%) человек. Сравнительный анализ последних 2 лет показал, что заболеваемость диабетом растет на 65%. Согласно рекомендациям ВОЗ по проведению скрининга сахарного диабета, Steps-исследование 2023 года установило возможность распространения сахарного диабета в ближайшие годы в стране до 6,9%, а включая случаи предиабета – 10,2%.

Уровень диабета 2 типа растет стремительно, огромное значение в его возникновении чаще всего играет избыточная масса тела, ожирение, возникающие в результате несоблюдения здорового питания и отсутствия должной физической активности. Изучая данную проблему, Финская Ассоциация Диабета научно обосновала эффективность оценки здоровья человека по его образу жизни, используя балловую шкалу. Полученные результаты прогнозируют риск возникновения диабе-

та 2 типа в ближайшие 10 лет конкретно у данного лица.

Шкала Финдрикс (FINDRISC) состоит из 8 вопросов, вариантов ответов и графы подсчета - от 0 до 5 баллов (уровень балла зависит от ответа человека). Согласно сумме баллов, можно прогнозировать риск заболевания как низкий, незначительный, умеренный, высокий и очень высокий.

Проведенная Викторина показала, что слушатели освоили необходимость внедрения в медицинскую практику шкалы Финдрикс и проведения контроля уровня глюкозы крови лицами, достигших 40 лет и старше.

Заключение. Неправильный образ жизни человека, возможно из-за отсутствия у него знаний или желаний, является риском в возникновении наиболее часто встречающихся заболеваний.

Информированность работников системы здравоохранения ПМСП позволит внедрить шкалу Финдрикс (FINDRISC) для проведения эффективного скрининга сахарного диабета, обучить население формированию здорового образа жизни и, в частности, снизить распространенность диабета в Республике Таджикистане.

Файзиев И., Икромов Г. Дж., Султонова А., Саидова М.

ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ЖИТЕЛЕЙ СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра стоматологии ХО ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», Худжандт

Цель исследования. Изучение особенностей структуры и распространенности заболевания слизистой оболочки полости рта (СПОР) у жителей Согдийской области РТ.

Материал и методы исследования. За период с 2019 по 2024 годы сотрудниками кафедры стоматологии при Согдийской областной клинической больнице им. С. Кутфиддинова г. Худжанда были обследованы и проконсультированы 643 пациента в возрасте от 3-х месяцев до 85 лет. Женщины составили 61%, мужчины - 39%, из них детей до 14 лет было 115 больных.

Всем пациентам проведено клиническое стоматологическое обследование с использованием необходимых дополнительных

методов исследования: рентгенологическое, цитологическое исследования мазка, микробиологическое исследование микрофлоры полости рта с определением чувствительности к лекарственным препаратам, общеклинические анализы крови.

Результаты и их обсуждение. Как видно из данных таблицы, преимущественно наблюдались больные с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом (ХРАС) – 280 (43,5%), из них у 6 больных (0,9%) - болезнь Бехчета. Необходимо отметить, что очень часто наблюдается наследственный характер ХРАС, аллергический генез и как проявление заболеваний желудочно-кишечного тракта.

ХРАС	Бехчета	Глоситы	Хейлиты	Трещина губ	Заеда	ОАС	ЭЯС	Артрит	Стомалия	Ксеростомия	Простой герпес	Доброк. опухоль	Гемангиома	Лейкоплакия	МЭЭ	Тромб. язва	Отёк Квинке
280	6	133	30	5	6	50	59	13	12	11	5	8	5	5	11	1	3
43,5%	0,9%	20,7%	4,6%	0,7%	0,9%	7,7%	9,1%	2%	1,8%	1,7%	0,7%	1,2%	0,7%	0,7%	1,7%	0,1%	0,4%

Примечание: ХРАС- хронический рецидивирующий афтозный стоматит; ОАС - острый афтозный стоматит; ЭЯС - эрозивный язвенный стоматит; МЭЭ - многоформенная экссудативная эритема

Также часто был диагностирован глосит – 133 (20%) (катаральный, кандидозный, режесквамативный). Эрозивно-язвенный стоматит имелся у 59 (9,1%), острый афтозный стоматит – у 50 (7,7%) человек.

Данные таблицы свидетельствуют об разнообразии проявлений заболеваний слизистой оболочки полости рта. Наибо-

лее тяжёлое течение наблюдалось у больных с многоформенной экссудативной эритемой.

Заключение. Разнообразие проявлений заболеваний слизистой оболочки полости рта требует от врача-стоматолога знаний основ не только стоматологии, но и общеклинических дисциплин.

Файзиев И., Икромова Г. Дж., Мамуров М.Н., Рахматова С.А.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ШКОЛЬНИКОВ СТАРШИХ КЛАССОВ Г. ХУДЖАНДА

Кафедра стоматологии ХО ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», Худжанд

Цель исследования. Изучение стоматологической заболеваемости среди школьников старших классов г. Худжанда.

Материал и методы исследования. Обследованы 120 школьников, из них 85 мальчиков и 35 девочек в возрасте 12-16 лет.

Клиническое обследование предусматривало оценку распространённости и интенсивности поражения зубов и поверхностей кариесом (индексы КПУз, КПУп), определение распространённости заболеваний пародонта, установление уровня гигиены полости рта.

Результаты и их обсуждение. Результаты проведенных в последнее годы в Республике Таджикистане исследований из-за отрывочности сведений не позволяют оценить

тенденцию заболеваемости за определенный период, так как обследовались неидентичные возрастные группы, использовались неодинаковые методы статистической обработки данных и, главное, не обеспечивалось динамическое наблюдение за заболеваемостью в одной и той же местности. Важность результатов эпидемиологического обследования для оценки как существующего положения, так и для определения потребности населения Согдийской области в стоматологической помощи не вызывает сомнений.

По результатам комплексного стоматологического обследования, распространённость кариозного процесса составила $70,83 \pm 5,36\%$. У каждого учащегося в среднем были поражены кариесом 2 зуба и 3,5 поверхности:

КПУ(з) - $2,49 \pm 0,24$, КПУ(п) - $3,49 \pm 0,38$. Анализ компонентов, составляющих индекс КПУ(з), свидетельствует о том, что кариозных зубов ($2,11 \pm 0,21$) было значительно больше, чем запломбированных ($0,24 \pm 0,05$). Доля удалённых зубов составила $0,14 \pm 0,53$. Кариозным процессом поражались преимущественно моляры ($59,88 \pm 4,52\%$), реже – премоляры ($39,50 \pm 4,89\%$); кариесрезистентными были резцы и клыки. Поражённость контактных поверхностей составила $0,59 \pm 0,77\%$.

Заболевания пародонта были представлены, в основном, гингивитом и пародонтитом. Для определения поражения пародонта и оценки нуждаемости в лечении применяли индекс CPI, характеризующий наличие кровоточивости десен, зубного камня, глубину пародонтальных карманов. По результатам исследования, распространённость составила ($37,88 \pm 4,02\%$) и интенсивность заболеваний пародонта ($2,58 \pm 0,02$) были высокими. Кровоточивость при зондировании зубодесневого соединения встречалась в $43,94 \pm 6,11\%$ случаев, при средней интенсивности признака – $2,80 \pm 0,25$ секстанта. Имелись минерализо-

ванные отложения (над- и поддесневой зубной камень), распространённость признака – $27,27 \pm 5,48\%$. Зубодесневой карман диагностировали в $16,67 \pm 4,59\%$ случаев (интенсивность - $0,50 \pm 0,10$ секстанта).

Индекс гигиены полости рта составлял в среднем $1,63 \pm 0,11$, что соответствует удовлетворительной оценке, причем на самой низкой границе данного уровня. Только незначительная часть школьников ($27,61 \pm 3,69\%$) чистили зубы достаточно хорошо, остальные ухаживали за полостью рта удовлетворительно ($45,28 \pm 4,55\%$) или плохо ($26,21 \pm 4,29\%$). Установленная нами прямая корреляционная зависимость между интенсивностью заболеваний пародонта и гигиеническим индексом ($r=0,47$) подтверждает отсутствие информированности школьников о первых симптомах заболеваний пародонта и необходимости профилактики и своевременного лечения.

Заключение. Таким образом, настоящее исследование подтвердило высокие распространённость и интенсивность основных стоматологических заболеваний среди школьников г. Худжанда.

Файзиев И., Темурова М.К., Зунунов Г.Б., Джураев Б.Л.

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ

¹Кафедра стоматологии ХО ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Отделение гематологии СОКБ имени С. Кутфиддинова, г. Худжанд

Цель исследования. Совершенствование организации оказания стоматологической помощи гематологическим больным, повышение доступности и качества лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных в настоящей работе задач проведено клиническое обследование 15 стационарных больных, страдающих гемофилией А (мужского пола – 10, женского – 5 в возрасте от 16 до 40 лет). Эти больные после выписки из отделения гематологии находились под нашим диспансерным наблюдением.

Для исследования эффективности некоторых современных технологий лечения заболеваний органов полости рта у гематоло-

гических больных в условиях стоматологического кабинета стационара было проведено лечение 15 больных гемолимфой А. При этом выполнено лечение 20 зубов по поводу кариеса, 8 пульпита и 6 периодонтита. При оказании стоматологической помощи важно тесное взаимодействие врача-стоматолога и врача-гематолога. Удаление зуба или хирургические процедуры следует выполнять под строгим контролем гемостаза и после консультации врача-гематолога.

При проведении стоматологических процедур возможно применение транексамовой кислоты (за исключением детей младше 1 года) или других антифибринолитических средств с целью уменьшения необходимости в заместительной терапии факторами свертывания крови. Возможно использова-

ние гемостатических средства для местного применения после удаления зубов.

Результаты и их обсуждение. Практика показывает что стоматологическая помощь гематологическим больным оказывается в основном по обрашаемости, обусловленной острой болью. Необходимо отметить недостаточные знания практических врачей о поражениях слизистой оболочки полости рта при заболеваниях крови, а также кровоточивости стоматологическом гингива.

Сотрудникам кафедры стоматологии и отделения челюстно-лицевой хирургии СОКБ имени С. Кутфидинова накоплен определённый опыт по оказанию квалифицированной стоматологической помощи гематологическим больным.

У больных с коагулопатиями в силу наличия у них сложного психоэмоционального статуса использование нами атравматичного метода восстановительного лечения кариеса на ранних стадиях с применением стеклоиономерного пломбировочного материала является особенно важным.

Лечение пульпита с использованием ультракаина форте и метода коагуляции апикальной дельты канала корня зуба у гематологических больных позволило облегчить последующую обработку корневого канала и полноценную obturацию, предотвратить кровотечение корневого канала.

Лечение периодонтита у гематологических больных проводилось по общепринятой методике с использованием современных пломбировочных материалов. При пломбировании каналов использовались новейшие способы его расширения, методика латеральной конденсации гуттаперчи, пасты,

содержащие эвгенол на основе эпоксидных смол, как не обладающие раздражающим действием на ткани периодонтита и легко выводимые из канала эндодонтическими методами при возникновении такой необходимости.

Большое внимание уделяли профилактике осложненных форм кариеса, приводящих к удалению зубов. С этой целью проводятся регулярные осмотры больных и плановая санация полости рта взрослым и детям. Для лечения зубов применяются современные пломбировочные материалы, в том числе светотвердеющие композиты. У детей проводится герметизация фиссур постоянных зубов.

Для больных гемофилией важно соблюдение гигиены полости рта, что помогает предотвратить развитие заболевания пародонта, кариеса и его осложнений. Для чистки зубов необходимо использовать мягкую зубную щетку. Плановые стоматологические осмотры должны проводиться не менее 2 раз в год. Обычные осмотры врача-стоматолога и чистка зубов могут проводиться без заместительной терапии факторами. Однако необходимо иметь в свободном доступе гемостатические средства (факторы свертывания крови V, X, антифибринолитические средства).

Заключение. Таким образом, полученные результаты позволяют заключить, что организация стоматологической помощи при проведении первичной профилактики и диспансерное наблюдение снижают уровень распространенности стоматологических заболеваний и их осложнения у больных с гемофилией.

Фирузаи Рахмон, Ходжаева С.А., Амирова Н.

УПУЩЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПРИ ЭКЛАМПСИИ

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

²ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Выявить упущенные возможности антенатального ухода у женщин, перенесших эклампсию.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ историй родов 24 женщин, госпитализированных в «Тад-

жикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» за 2021, 2022 и 6 месяцев 2023 года.

Статистическая обработка: программа Statistica 10.0 (StatSoft, USA) в виде абсолютных значений и их процентного соотношения.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст - 26,7 лет. Первобеременных женщин было 79,2%, первородящих - 8,33%, многорожавших - 12,5%. Распределение по месту жительства: Районы республиканского подчинения - 79,2%, г. Душанбе - 16,6%, Согдийская область - 4,2%. Домохозяйки составляли 87,5%, остальные были служащими и студентками (8,3% и 4,16% соответственно). Поступили в стационар в сопровождении родственников 54,2% женщин, частным транспортом - 33,3% и только 12,5% - машинной скорой помощи, при этом в 33,3% случаев - в пятницу и в 29,2% - в воскресные дни. Из общего количества исследуемых женщин 45,5% поступили в вечернее время.

При госпитализации в стационар состояние пациенток оценено как тяжёлое в 62,5% случаев, средней тяжести - в 33,3% и только в 4,1% - как удовлетворительное. Из числа поступивших женщин в 33,3% случаев эclamпсический приступ произошел дома, в 66,7% случаев - в стационаре, из которых 43,7% - в послеродовом периоде. Из числа женщин, у которых приступ произошел в стационаре, тяжелая преэclamпсия диагностирована в 43,7% случаев, умеренная - в 43,7%, хронический пиелонефрит - в 6,3%, дородовой разрыв плодных оболочек - в 6,3% случаев.

Из общего количества исследуемых женщин срочные роды (37-41 неделя) произошли в 75% случаев, преждевременные (22-36 недель) - в 20,8% и запоздалые (42 недели) - в 4,2%. Кесарево сечение произведено в 66,7% случаев, через естественные родовые пути родоразрешены 33,3% пациенток.

Перинатальные исходы: живорожденные составляли 81,6%, доношенные - 70,8%, недоношенные - 29,2%, антенатальная гибель плода имела место в 4,2% случаев, интранатальная - в 4,2%.

Не состояли на учёте у акушера-гинеколога - 33,3% беременных; из 66,7%, состоявших на учёте у акушера-гинеколога 81,3% имели не более двух визитов к медработникам.

Среднее пребывание в стационаре - 8 койко-дней. Выписаны домой в удовлетворительном состоянии 54,2%, в состоянии средней тяжести - 45,0% под активный патронаж.

Заключение. Медико-социальными и организационными аспектами эclamпсии в стационаре третьего уровня являются: низкий социальный статус и высокий уровень соматической заболеваемости женщин, ненадлежащий антенатальный уход, проблемы «маршрутизации» беременных и рожениц высокого перинатального риска в учреждения высокого уровня, неудовлетворительный послеродовой уход в стационаре.

Соблюдение принципов трехуровневой системы оказания медицинских услуг и проведение аудита критических случаев позволят выявить упущенные возможности и улучшить качество предоставляемых услуг на всех уровнях родовспомогательных учреждений.

Хайридинов М.Т., Хайридинов Д.М., Мадалиева З.Б., Солиева Д.Н.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ НИЗКОГОРЬЯ

¹Кафедра сестринского дела в терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Центр доказательной медицины ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучить распространение метаболического синдрома среди населения, проживающего в условиях низкогогорья.

Материал и методы исследования. В настоящем исследовании задачей было проведение обследования организованного и неорганизованного населения Республики

Таджикистан. Одномоментное исследование проводилось среди сельского и городского населения в возрасте от 20 до 29 лет (средний возраст $24,6 \pm 26,6$ лет), проживающего в условиях низкорья.

Всего обследовано 1884 человека. Мужчин было 703 (37,3%), женщин - 1181 (62,7%).

В дальнейшем среди лиц, у которых выявлены факторы риска метаболического синдрома, проведено доскональное обследование по распространенности метаболического синдрома. Всем обследуемым проводились антропометрические обследования - рост, масса тела, индекс массы тела ИМТ (индекс Кетле), измерение окружности талии (ОТ), объема бедер (ОБ); измерение артериального давления (АД) и лабораторные исследования - глюкоза крови, гликемический гемоглобин, холестерин (ОХ) и триглицеридов (ТГ).

Математическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ «Statistica 5.5».

Результаты и их обсуждение. Для оценки распространенности в популяции компонентов метаболического синдрома в настоящем исследовании проведен анализ клинико-биохимических параметров.

В зависимости от места проживания среди обследуемой популяции выявлены свои особенности факторов риска метабо-

лического синдрома. Обследуемые, проживающие в местах низкорья, имеют более благоприятные условия, включая факторы урбанизации - это хорошая обеспеченность, малоподвижный образ жизни и особенности питания, которые способствуют распространности компонентов метаболического синдрома. Так, у 7,3% мужчин выявлена ИМТ, среди женщин - у 9,1% (при $p < 0,005$). АО - 6,2%, соотношение 7,3%. Артериальная гипертензия имела у 1,8% мужчин, у 3,2% женщин.

По данным биохимических анализов показатели составили: у мужчин ОХС - 2,1%, у женщин - 2,6%; триглицериды (ТГ) - соотношение 1,3% и 1,8%; гипергликемия обнаружена у 2,0% в популяции мужчин, у 2,4% женщин.

Заключение. Таким образом, у обследуемых лиц молодого возраста, которые проживают в условиях низкорья Республики Таджикистан, выявлены факторы риска компонентов метаболического синдрома.

Полученные нами данные ещё раз доказывают факт того, что в молодом возрасте диагностика компонентов метаболического синдрома недостаточная. Необходимо своевременное проведение мер по первичной профилактике метаболического синдрома.

Хайруллоев П.Дж., Мавлонзода А.Х., Улмасов М.Ю.

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В ХУДЖАНДСКОМ МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

Кафедра анатомии и физиологии человека ГОУ «Худжандский медицинский колледж имени Ю.Б. Исхаки»

Цель исследования. Внедрение методики расширения подготовительного процесса усвоения предмета и внедрения коммуникационных технологий в процессе обучения с целью повышения заинтересованности к изучению предмета на кафедре. Оценить эффективность внедрения дистанционного метода обучения по некоторым дисциплинам с точки зрения времени, экономики и финансовом положении. Повысить уровень знаний и технологических навыков у студентов медицинского колледжа.

Материал и методы исследования. Метод дистанционного обучения проведен среди студентов первого курса лечебного дела Худжандского медицинского колледжа ($n=60$) по предмету «Нормальная анатомия человека», которые были разделены на две группы. В первую группу вошли 30 студентов, обучение которых целенаправленно проводилось с использованием глобальной сети для обучения на дому или самостоятельного изучения предмета накануне занятий с использованием специальной программы «Meet». Вторая группа - 30 студентов, которые

прошли занятия по стандартной программе без использования ДО.

Из методов использованы интернет – электронная доска фирмы «Sony» с использованием муляжей по системе 3Д-модем, анимационных и мультимедийных видео-показов.

Результаты и их обсуждение. Для осуществления поставленной задачи необходимым было создание определённых условий, таких как техническая среда, программная среда, предметная среда, методическая среда, использование 3Д-модема системы, инструкция по качественному использованию дистанционного обучения (ДО) и оценка её эффективности. Основой современного метода внедрения ДО является компьютерная обработка программы для проведения лекций, семинаров, мастер-классов и т.п. по определённым предметам, архивирование объёмных учебных программ в компьютерном носителе, передача информации на любое расстояние в определённо назначенное время.

Результаты проведенной программы по дистанционному обучению студентов показали, что первая группа студентов (n=30), прошедших подготовительные занятия накануне по программе «Meet», активно участвовали на занятиях, на все вопросы по теме отвечали грамотно, по времени успевали освоить полностью заданную программу. Необходимо отметить, что занятия проходили оживленно, в интерактивном формате. Из второй, контрольной, группы (n=30) студентов 50% обучающихся были активными, остальные – пассивными, на вопросы не отвечали или отвечали не по существу, во времени заданную учебную программу полностью освоить не успевали.

Внедренный метод обучения показал свою эффективность по всем направлениям проведения занятий и освоения тематики во времени. ДО по программе «Meet» показало свои возможности в подготовительном процессе по предмету, так и в области повышения коммуникационной технологии в процессе обучения, тем самым заинтересовав студентов к обучению данного предмета на кафедре. Данная методика позволила создать целую коммуникационную сеть в нескольких группах, что создало предпосылки для социальной общины. Студенты сами общались создавали рубежный и окончательный тесты по материалам (лекции, семинары и практические занятия) к предстоящим экзаменам по каждому разделу анатомии. По методу ДО и программе «Meet» практические занятия проводились с использо-

ванием анимационных и мультимедийных видео-показов и различных обучающих тематических роликов.

Предлагаемое нами ДО было составлено на кафедре нормальной анатомии и физиологии человека, рассмотрено и утверждено на учебно-методическом совете медицинского колледжа. Нами использованы современные системы ДО, при котором была создана определённая техническая среда – аудитория, в которой ключевое место занимали информационные технологии.

Заключение. На основании проведенных исследований можно сделать выводы, что предлагаемый метод ДО можно характеризовать как новаторское направление технического развития кардинально изменяющихся различных видов деятельности в государственных образовательных учреждениях - как в медицинских колледжах, так и высших учебных заведениях. Такое направление даёт возможность экономить расходы при перенесении информации с бумажных носителей в компьютерный вариант, а также соответствует основным принципам педагогических технологий.

Таким образом, введение технологических программ и ДО позволило нам решать как теоретические, так и практические задачи посредством подготовки и передачи информации для обучаемого через компьютерную технику - электронная доска, интернет-программа «Meet». Контроль и оценка полученных знаний проводились после завершения каждого модуля, и в конце курса по специальной компьютерной программе были организованы промежуточные и окончательные экзамены. Дистанционное обучение повысило качество образования при помощи коммуникационных технологий, позволило студентам работать самостоятельно, а преподавателям следить за учебой каждого студента, что экономит средства и время за период учебы, также оно возможно без отрыва от производства.

Содержательный анализ проведенных исследований показал, что в настоящее время существует два явно выраженных подхода к определению информационного технического обучения. Во-первых его можно оценить как дидактический процесс, организованный с использованием совокупности внедряемых в системы обучения принципиально новых технологических средств и методов обработки данных (методов обучения), представляющих целенаправленные создание, передачу, хранение и отображение информационных продуктов

(данных знаний, идей) с наименьшими затратами и в соответствии с закономерностями познавательной деятельностью обучаемых. Во втором случае речь идет о

создании определенной технической среды обучения, в которой ключевое место занимают используемые информационные технологии.

Хамиджанов Э.Х., Турдалиева Ч.Э., Алиджонова Г.Г., Нажмидинова М.М.

К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ АСТМА-ТЕСТА ДЛЯ КОНТРОЛЯ НАД БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

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

Цель исследования. Изучить и оценить эффективность внедрения нового простого инструмента - опросника Астма-тест с целью контроля над бронхиальной астмой (БА) в практике семейного врача.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в ГЦЗ № 1 г. Худжанда находилось 38 больных с бронхиальной астмой мужского (11), и женского (27) полов в возрасте 21-30 лет - 7, 31-50 лет - 4, 51 - 60 лет - 3, старше 61 лет - 24 человека.

Диагноз устанавливался на основании клинического обследования (респираторные симптомы - приступы затруднения дыхания, удушья, свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель), исследованием функции внешнего дыхания - пикфлоуметрией (26), спирометрией (6). Тяжесть состояния больных оценивалась по частоте дневных, ночных приступов, пробуждении ночью из-за кашля (за день, неделю, месяц) и частоте потребности в препаратах неотложной помощи.

Выбор лечения больных проводилось ступенчатым методом в соответствии с протоколом, утвержденным МЗиСЗ РТ (приказ № 456 от 19.06.2020 г.). Контроль за эффективностью лечения проводился по результатам астма-теста (АСТ), сопоставляя с данными пикфлоуметрии, проведенной в день исследования при посещении пациента врачом дома (15) или в офисе СВ (23).

Тест по контролю над астмой (Asthma Control Test –АСТ) – инструмент, созданный специально для выявления пациентов с плохо контролируемой БА. Этот тест состоит из 5 вопросов для самостоятельного заполнения пациентом; каждому пункту присваивается

значение от 1 до 5 баллов. Пациент выбирает наиболее подходящие для него ответы, затем баллы суммируются (общее значение шкалы – 5–25 баллов) и пациент на другой стороне листа обнаруживает оценку степени контроля его астмы (контроль над астмой полный, частичный, неконтролируемый). Тест прост в использовании и после обучения пациента легко может быть заполнен по интернету или телефону.

Результаты и их обсуждение. Перед проведением обследования пациенты были обучены методике определения пиковой скорости выдоха - пикфлоуметрии и выбора реального ответа вопросника. Персонального пикфлоуметра пациенты не имели. Все были обеспечены вопросником АСТ, адекватно переведённого на государственный язык - таджикский. По результатам проведённого обследования, астма средней степени тяжести (ПСВ - 80 , АСТ - < 24) была у 30 пациентов, тяжёлой степени (ПСВ - <60, АСТ - < 20) - у 8. Таким образом, эти больные находились на 2-3 этапе терапии, им предписывался необходимый объем лекарственных средств и рекомендации. Динамические наблюдения показали, что только у 20 из 38 (53%) пациентов астма контролировалась частично, у 8 (2%) - не контролировалась. Отсутствие полного контроля над астмой было связано с невыполнением рекомендаций врача - проведение монотерапии (18), неправильное выполнение ингаляционных процедур (12), недоступность (16), нерегулярный и неадекватный приём (10) лекарственных средств, недостаточное сотрудничество больного и доктора (8).

Заключение. Таким образом, использование диагностического ступенчатого ал-

горитма «5 простых шагов по диагностике БА» и валидизированного опросника АСТ (Asthma Control Test) для оценки контроля и динамического наблюдения за пациентами с БА в практике семейного врача способствуют раннему выявлению и раннему началу

базисного многокомпонентного лечения для улучшения качества жизни пациентов и снижения инвалидности, фатальных результатов. Обучение пациента и здоровое сотрудничество больного с врачом - главное в решении проблем БА.

Хушвахтов Д.Д., Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Гафаров Х.О.

ДИАГНОСТИКА ПЕРИОСТИТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Совершенствование методов диагностики острых одонтогенных периоститов челюстей в амбулаторной практике.

Материал и методы исследования. Материалом исследования являлись результаты лечения 59 больных с острыми одонтогенными гнойными периоститами челюстей в возрасте от 18 до 70 лет, находящихся на лечении в Городской стоматологической поликлинике г. Душанбе, за период с 2021 по 2023 г. Среди них женщин было 35 (59,3%), мужчин – 24 (40,7%). Периостит нижней челюсти выявлен у 31 (52,5%) пациента, причиной которого явились нижние фронтальные зубы (13 – 41,9%), премоляры и моляры (18 – 58,1%). У 28 (47,5%) пациентов периостит встречался на верхней челюсти, причинами у 8 служили фронтальные зубы (28,6%), у 20 – премоляры и моляры (71,4%).

Результаты и их обсуждение. Известно, что от правильной диагностики и своевременного проведённого лечения зависят сроки выздоровления и исход заболевания. Однако из 59 больных, обратившихся с правильным диагнозом, было лишь 23 (39,0%) человека. Остальным 36 (61,0%) диагноз «периостит» был установлен при посещении нашей клиники. Среди них 4 (11,1%) поступили с флегмоной, 6 – с кистами челюстей (16,7%), 3 - с острым остеомиелитом челюстей (8,3%), 3 – с острым периодонтитом (8,3%), 1 – с актиномикозом (2,8%), 2 – с гематомой (5,6%), 4 – с перикоронаритом (11,1%) и 13 (36,1%) больных направили без диагноза. Такая частота расхождений диагноза требует от специалистов проведения тщательной

дифференциальной диагностики данного заболевания.

Наши наблюдения показывают, что значительный процент случаев расхождения диагнозов, с которыми были направлены больные из разных стоматологических клиник, свидетельствует о том, что не все врачи достаточно хорошо знают клинические проявления и особенности течения острого одонтогенного периостита. В некоторых случаях при остром воспалительном процессе периодонта лечение зубов не проводилось, лишь назначались тепловые процедуры (грелка, компресс), полоскание, приём сульфаниламидов и антибиотиков. При распространении воспалительного процесса на надкостницу вместо хирургического вмешательства проводили антибиотикотерапию в малых дозах в сочетании с тепловыми процедурами. У 5 обратившихся больных был произведен внутриротовой разрез, однако лишь в пределах слизистой оболочки, без рассечения надкостницы. В конечном итоге, эти мероприятия не могли способствовать уменьшению воспалительного процесса, а лишь усугубили его и послужили причиной развития остеомиелита челюстей.

Всем больным, у которых имелись направления в городскую стоматологическую поликлинику по поводу острого периостита, произведен внутриротовой разрез. Удалены разрушенные зубы, послужившие причиной заболевания, или же проведено терапевтическое лечение для оттока экссудата. Больным назначались целенаправленная антибактериальная и противовоспалительная терапии, физиотерапия. После этого воспалительные явления быстро шли на убыль.

Заключение. Таким образом, своевременно и правильно поставленный диагноз, правильно проведённое хирургическое вмешательство в сочетании с медикаментоз-

ным и физиотерапевтическим лечением предупреждают развитие осложнений при периоститах и способствуют быстрому выздоровлению больного.

Хушвахтов Д.И., Мирзоев М.Ш., Аскарров С.Х., Хушвахтов Д.Д.

ПРЕМЕДИКАЦИЯ БОЛЬНЫХ В УСЛОВИЯХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучение способов повышения эффективности обезболивания с использованием премедикации, а также влияния средств предоперационной медикаментозной подготовки на показатели центральной гемодинамики больных.

Материал и методы исследования. Для успешного проведения оперативных вмешательств в стоматологии часто применяют медикаментозную предоперационную подготовку больных препаратами, обладающими нейроплетическим, транквилизирующим, седативным и другими свойствами. Особенно важно применение этих препаратов при операциях под местным обезболиванием. В основу нашей работы положены клинические наблюдения по применению аминазина для подготовки больных к стоматологическим операциям в условиях поликлиники. Аминазина 1 драже содержит: хлорпромазина гидрохлорид 25, 50 или 100 мг; 10 шт. в упаковке. При приёме внутрь разовая доза аминазина для взрослых составляет 10-100 мг, суточная доза 25-600 мг.

Для премедикации в поликлинических условиях аминазин был применён у 30 больных при различных оперативных вмешательствах. Возраст больных варьировал от 20 до 60 лет. При первичном осмотре и после оперативного вмешательства больным измерялось артериальное давление, частота и характер пульса. Кроме того, проводилось тщательное наблюдение за поведением больных во время оперативного вмешательства путём регистрации реакции больного (спокойное поведение, беспокойство, встревоженность и пр.).

Методика применения аминазина – 50 мг была следующей: после осмотра больному давалось 1 драже аминазина внутрь. Через 20-

30 мин. проводилось местное обезболивание 4% артикаином в количестве 4 - 5 мл. После наступления обезболивания приступили к оперативному вмешательству.

Для сравнения мы проанализировали наблюдения за 30 больными, которые не получали перед операцией медикаментозной подготовки.

У больных основной группы (30 человек) проводили следующие виды оперативных вмешательств: удаление зуба – 10 (33,3%), вскрытие абсцесса – 5 (16,7%), удаление новообразования – 4 (13,3%), цистотомия и цистэктомия - 5 (16,7%) и альвеолэктомия – 6 (20,0%).

У больных контрольной группы (30 человек) виды оперативных вмешательств выглядят таким образом: удаление зуба – 12 (40,0%), вскрытие абсцесса – 4 (13,3%), удаление новообразования – 5 (16,7%), цистотомия и цистэктомия - 4 (13,3%) и альвеолэктомия – 5 (16,7%).

Результаты и их обсуждение. Как показали наши наблюдения, у больных основной группы полностью или в значительной степени исчезал страх перед операцией. Во время оперативных вмешательств большинство больных – 26 человек (86,7%) - вели себя спокойно, периодическое беспокойство наблюдалось у 4 больных (13,3%). Больные контрольной группы в большинстве случаев проявляли беспокойство перед предстоящей операцией, выразившееся в повышенной возбудимости, взволнованности и других общих реакциях. Операция спокойно прошла у 12 больных (40,0%), периодически беспокойно вели себя 14 (46,7%) человек и 4 (13,3%) пациента вели себя беспокойно на протяжении всего оперативного вмешательства.

Заключение. Гемодинамические показатели были более стабильны у больных, подготовленных аминазином. Предоперационная подготовка аминазином уменьшает послеоперационные боли, улучшает сон в первую ночь

после операции. В связи с этим аминазин может быть рекомендован в качестве средства для премедикации стоматологических больных в условиях поликлиники с учётом показаний и противопоказаний к препарату.

РАЗДЕЛ II

ТЕРАПИЯ

Абдулоев Х. Дж., Хасанов С.

ЗНАЧЕНИЕ ВОЗРАСТА ВО ВЗАИМООТНОШЕНИИ С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ, ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Кафедра терапии с курсом геронтологии и гематологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений метаболических нарушений в зависимости от возраста у больных подагрой.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 80 больных (78 мужчин, 2 женщины), страдающих подагрой. У 70% обследованных наблюдались либо избыточная масса тела, либо ожирение.

Средний возраст больных составлял $46,1 \pm 8,4$ лет, длительность подагрического анамнеза – от 7 до 9 лет. Всем пациентам измеряли рост и массу тела. Определяли индекс массы тела (ИМТ) и с последующим распределением больных по полученным результатам. Измеряли окружность талии, бёдер и их отношение, в см.

Всем пациентам натошак определяли уровни глюкозы (глюкооксидазный метод), мочевой кислоты (МК) и ксантиноксидазы в сыворотке крови (колориметрический ферментативный метод). Проводилось также исследование липид-белкового спектра крови – общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ) и холестерин липопротеидов высокой плотности (ХСЛВП) колориметрическим методом.

Результаты и их обсуждение. Установлено что среди больных преобладала 1-я степень ожирения (74%). Вторая и третья степени ожирения наблюдались у 21% и 5% больных соответственно. В основном, преобладал висце-

ральный тип ожирения (52%) (ОТ/ОБ>1). У 36% отмечалось глутеофеморальное ожирение (ОТ/ОБ<1), у 12% имелся смешанный тип ожирения (чрезвычайное развитие как висцеральной, так и глутеофеморальной жировой ткани ОТ/ОБ=1). Так, значение ИМТ у больных до 50 лет было достоверно больше, чем у больных старше 60 лет ($p=0,054$). Отмечено также наличие прямой корреляционной зависимости между сывороточным уровнем ТГ, МК и массой тела ($F=0,22$, $P=0,028$). Обратная корреляционная связь отмечена между уровнем ТГ и МК в сыворотке крови и возрастом дебюта подагры ($F=0,19$, $P=0,022$). У обследованных больных наблюдалась также обратная корреляционная связь между уровнем глюкозы в сыворотке крови с возрастом. Статистически значимым оказалось и уменьшение частоты выявления гипергликемии (у 53% больных моложе 50 лет и у 17% больных старше 60 лет).

Заключение. Длительность заболевания, клинические проявления и течение подагры с метаболическими нарушениями (гиперурикемия, гиперлипидемия, ожирение) имеют обратную корреляцию между массой тела и возрастом больных. На наш взгляд, практическая значимость настоящего исследования является несомненной, так как она расширяет наши возможности для дифференцированного подхода к больным данной категории.

Азимзода С.М., Алимova Н.А., Турдыева Н.А, Ходжаева З.Ш.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРАММОНИЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

¹Кафедра гастроэнтерологии и диетологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости гипергаммониемии у больных с хроническими заболеваниями печени с использованием нового метода микродиффузии.

Материал и методы исследования. Для выявления частоты гипергаммониемии нами проанализированы показатели крови у 60 пациентов с хроническими заболеваниями печени в возрасте от 18 до 70 лет (38 мужчин, 22 женщины): 10 больных с хроническим гепатитом В-вирусной этиологии, 12 больных с хроническим гепатитом С, 6 больных с циррозом печени вирусной этиологии класса А; 12 класса В и 10 больных класса С согласно классификации Чайлд Пью.

Стадию фиброза определяли методом эластографии на аппарате «Фиброскан 502», производство Франции.

Контрольную группу составили 30 здоровых добровольцев: 12 мужчин и 18 женщин, которым методом микродиффузии определяли уровень аммиака в капиллярной крови.

В настоящее время в институте гастроэнтерологии используется новый метод микродиффузии с использованием японского аппарата РОСКЕТ СЕМ 1040 с индикаторными полосками.

Всем больным были проведены одновременные параллельные исследования уровня аммиака в крови двумя различными методами: энзиматическим (Biolabo, Франция) на биохимическом анализаторе SAT-450 и методом микродиффузии на аппарате PocketChem BA PA-4140 (Arkray, Япония).

Результаты и их обсуждение. У 43 (71,6%) из 60 больных с хроническими заболеваниями печени, впервые сдавших кровь

на этот анализ, была выявлена гипергаммониемия. Стадия фиброза 0–II выявлена у 41 (68,3%), стадии фиброза III–IV - у 19 (34,2%) пациентов.

Полученные нами результаты подтверждают возможность развития гипергаммониемии у пациентов с хроническими заболеваниями печени на доцирротической стадии, что согласуется с данными других авторов.

Таким образом, гипергаммониемия встречается достаточно часто, более чем у половины обследованных больных, и служит фактором риска развития осложнений и прогрессирования заболевания. Эта категория больных нуждается в более глубоком обследовании с целью выявления причин гипергаммониемии и проведения обоснованного лечения.

Сравнительный анализ полученных результатов определения уровня аммиака в крови у наблюдаемых пациентов при использовании двух разных методов (энзиматического и микродиффузии) показал высокий коэффициент корреляции — 0,97, что свидетельствует о сопоставимости и достоверности этих методов.

Гипергаммониемия является ведущим фактором развития и прогрессирования печеночной энцефалопатии и, возможно, существенным фактором прогрессирования портальной гипертензии и фиброза печени.

Определение уровня аммиака в крови методом микродиффузии с помощью экспресс-анализатора имеет важные преимущества в сравнении с энзиматическим методом (быстрота, достоверность, ценовая доступность, возможность диагностики у постели больного).

Азимзода С.М., Алимова Н.А., Турдыева Н.А., Ходжаева З.Ш.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРА ГЕПТРАЛ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

¹Кафедра гастроэнтерологии и диетологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Институт гастроэнтерологии Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучение эффективности применения гептрала при хронических заболеваниях печени различной этиологии.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 120 больных (мужчин 68, женщин – 52; возраст – от 30 до 65 лет (средний возраст 43,4±1,7 года);

средняя продолжительность заболевания $5,7 \pm 3$ года (минимально – 3 года, максимально – 12 лет) с различными хроническими заболеваниями печени: первичный билиарный цирроз отмечен у 12, алкогольный гепатит – у 8, хронический гепатит С – у 32, хронический вирусный гепатит В – у 44, цирроз печени вирусной HCV этиологии по Чайлд Пью класс С – у 24 больных.

Больные с алкогольным поражением печени длительное время (от 15 до 17 лет) употребляли алкоголь с частотой от 2 до 7 раз в неделю; ежедневно доза алкоголя в пересчете на этанол составляла от 60 до 200 мл.

Методы исследования: клиническая оценка (желтуха, кожный зуд, астенический синдром, гепатомегалия, спленомегалия, асцит);

- биохимический анализ (АлАт, АсАт, билирубин, холестерин, γ -ГТП, ЩФ, белок до и после окончания курса лечения);
- ультразвуковое исследование и оценка денситометрических показателей, размеров печени и селезенки, диаметра селезеночной вены и др.;
- маркеры вирусов гепатита В и С (анти HCV; HbsAg; HbeAg; HBcAg; HCV – РНК; HBV – ДНК);
- рутинные лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи и кала);
- больным циррозом печени проводили ЭГДС с оценкой степени варикозно-расширенных вен пищевода.

Всем пациентам гептрал назначался в дозе 800 мг внутривенно, медленно - в течение 14 дней с последующим переходом на пероральный прием в дозе 1600 мг в сутки (разделенных на 2 приема) – на протяжении 14 дней. У 10 больных с недостаточным эффектом терапии (сохраняющийся холестаза и кожный зуд) было продлено лечение гептралом в суточной дозе 3200 мг (по 1600 мг \times 2 приема) – на протяжении еще 2-х недель

Результаты и их обсуждение. Клинические проявления заболевания в зависимости от нозологической формы и их динамика под влиянием терапии гептралом улучшились. После проведения данной терапии у всех больных были купированы клинические сим-

птомы и отмечено улучшение лабораторных показателей.

Клинический эффект гептрала за 4 недели лечения отмечен у большей части больных (от 50% до 100%) из разных групп. Более эффективным было лечение при алкогольном поражении (по всем клиническим и лабораторным показателям). Астенический синдром начал уменьшаться к 5-7-му дню лечения, кожный зуд - к концу второй недели, при этом важно отметить, что его динамика была заметной даже при сохранении лабораторного синдрома холестаза. У большей части больных зафиксирована положительная динамика размеров печени (в большей степени при алкогольном поражении). Асцит был зарегистрирован у 16 больных (у 14 – с циррозом печени и у 2 – с обострением острого алкогольного гепатита). Уменьшения асцита или полного его исчезновения удалось добиться у всех больных, у 10 с циррозом печени потребовалось введения в комплекс лечения верошпирона и мочегонных препаратов.

У 11 больных заметной динамики лабораторных показателей холестаза отмечено не было, только отмечались уменьшение интенсивности клинических показателей. У этой группы больных доза гептрала была повышена до 3200 мг/сутки еще на протяжении 14 дней (по 1600 мг \times 2 раза в день).

Практически у всех пациентов это лечение сопровождалось дальнейшим улучшением или нормализацией клинических проявлений и положительной динамикой лабораторных показателей. Переносимость препарата хорошая, побочных эффектов в процессе и после лечения не наблюдалось.

Заключение. Таким образом, гептрал является эффективным препаратом в лечении больных с хроническими вирусными гепатитами. Эффект лечения зависит от дозы препарата и продолжительности лечения. Доза гептрала 3200 мг/сутки (800 мг \times 4 или 1600 \times 2 раза в день) в течение 2-недельной терапии показала более высокую эффективность. Препарат наиболее эффективен при алкогольном поражении печени.

Акбарова М.М., Саъдуллоев А.Ф., Джураева М.М.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КРАПИВНИЦЫ

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

Цель исследования. Изучение течения крапивницы.

Материал и методы исследования. В отделение аллергологии и иммунологии за последние 2 года госпитализировано 137 человек с диагнозом “крапивница”, из них 96 взрослых и 41 ребенок, основную часть составили больные женского пола.

Всем пациентам проведены полные клинические исследования. Помимо этих исследований проводились специфические аллергологические анализы на лекарства и пищевые продукты в виде теста лизиса лейкоцитов. Надо отметить и тот факт, что крапивницей страдают, в основном, женщины и дети. Дети, которые родились с атопическим дерматитом (экссудативно катаральный диатез), часто подвержены рецидиву заболевания, что и наблюдалось в отделении. Причинными факторами, вызывающими рецидив заболевания, являлись:

1. наличие у ребёнка нарушений билиарной системы (токсический гепатит);
2. хронический колит;
3. гельминтоз;
4. дисбактериоз кишечника;
5. аномалии развития толстого кишечника;

6. застой желчи;

7. несоблюдение диеты - избыточное употребление облигатных и экстрактивных продуктов;

8. диатез;

9. МКБ или инфекции мочевыводящих путей;

10. запоры.

Результаты и их обсуждение. Клинически больным проводили цитологическое исследование на наличие *Helicobacter pylori*, положительный результат выявлен у 6 человек. Проводились эндоскопические исследования на наличие эрозии, язвенного гастрита, гастроуденита - у 36 больных, ещё у 6 больных была выявлена язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Клинических проявлений язвенной болезни у этих больных не отмечалось, у 89 больных обнаружены лямблии, карликовый цепень, аскаридоз.

Заключение. Следовательно, проводимые исследования и лечение крапивницы позволяют повысить качество жизни пациентов, улучшить общее самочувствие, стимулируют обменные процессы, препятствуя развитию рецидива заболевания.

Акбарова М.М., Саъдуллоев А.Ф.

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

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

Цель исследования. Оценить роль лазерной терапии при бронхиальной астме.

Материал и методы исследований. В клинике аллергологии при НДУЛЦ за период с 2020 года до настоящего времени получили стационарное лечение более 800 больных с бронхиальной астмой (БА) детского и взрослого возраста. Помимо основной схемы, в лечение взрослого контингента больных БА была внедрена лазерная терапия.

Внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК) представляет собой воздействие на кровь световой энергии волны определенной длины, которая оказывает положительное влияние на биохимические реакции и физиологические процессы в организме. Бла-

годаря системному воздействию на ткани, методика применяется во всех сферах медицины и косметологии с высокой степенью эффективности. Внутривенное лазерное облучение крови, более известное как лазерное очищение крови, - уникальный современный метод физиотерапии, который повышает иммунитет, устраняет воспалительные процессы, улучшает обмен веществ и тонус сосудов, а также способствует регенерации организма.

Для процедуры использовался одноразовый световод, который вводится в любую легкодоступную вену, а источником излучения является терапевтический лазерный аппарат. В отделении более 240 больным с бронхиальной астмой проводили ВЛОК,

процедура занимала не более 10-15 минут, по 5-10 сеансов каждому больному.

Результаты и их обсуждение. Сеансы лазерной терапии все больные переносили хорошо, без побочных явлений, отмечалось улучшение общего состояния, удлинился межприступный период у пациентов с частыми приступами БА.

Заключение. Применение ВЛОК при бронхиальной астме показало себя с положительной стороны, больные стали более активными, повышался иммунитет, улучшался обмен веществ, трофика тканей, уменьшилось кислородное голодание, поэтому можно рекомендовать более широкое использование ВЛОК при лечении бронхиальной астмы.

Амонов Б.П., Тошболтаева С.С.

БАЪЗЕ МУШКИЛОТҲОИ ТАЪЛИМУ ТАРБИЯ ДАР РАВАНДИ ГУЗАРИШИ ДАРСҲОИ АМАЛӢ

Кафедраи ташхиси лаборатории клиникӣ ва биохимиявии МДТ ДТБКСТ ҶТ

Натиҷаи тадқиқотҳои сершумор оиди проблемаҳои таълими тафриқа аз он шаҳодат медиҳанд, ки моҳияти онро дар робитаи мутақобилаи принципҳои дидактикӣ ва принципҳои таълими тафриқа вобаста мебошанд. Робитаи мутақобилаи принципҳои умумидидактикӣ бо талаботи тарзи ташкили раванди таълим пешниҳодшуда, ки ба қадри кофӣ омӯхтани маводи базавии таълим, мувофиқати малақаҳои касбии хонандагон бо имкониятҳои воқеии онҳо, ислоҳи шаклҳои ташкилии таълим, баланд бардоштани дараҷаи касбии кадрҳои педагогиро дар бар мегирад [1], низ таъкид мегардад.

Барои баланд бардоштани малақаҳои касбии хонандагон заминаҳои таълимиро фароҳам овардан лозим аст.

Баҳри беҳтар намудани кори таълиму тарбия дар макотиби олий ва баланд бардоштани сифати таълиму тарбия барои амалӣ намудани ислоҳоти соҳаи маориф, дар донишгоҳҳои олий кушодани таҳассусҳои нави замонавӣ рӯз то рӯз меафзояд. Вале расидан ба ҳадафҳои ниҳой аз ҷиҳати тайёр намудани мутахассисон ба заминаи маводи базавии таълим ва барои баланд бардоштани малақаҳои касбии хонандагон як қатор проблемаҳои таълимӣ ба миён меоянд. Масалан, барои гузаштани корҳои амалӣ аз ҷанми гематология дар факултаҳои биология барои донишҷуёни соҳаи “биохимияи тиббӣ” чунин заминаҳо лозим аст. Набудани озмоишгоҳҳои корӣ дар базаҳои факултаҳои таҳассусӣ мушкилоти зиёдеро ба амал оварда самаранокии сифати таълимиро паст мегардонад. Барои гузаштани кори амалӣ оиди мавзӯи “Ҷу-

ли гемоглобинсианидӣ бо истифодаи асетонсиангидрин”.

Принсип:

Гемоглобин дар зерҳои таъсири $K_4[Fe(CN)_6]$ (намаки сурхи хунин, феросианиди калий) то метгемоглобин оксид шуда ва баъд бо асетонсиангидрин сианметгемоглобини ранга ҳосил мекунад (гемоглобинсианид), ки шиддатнокии рангаш ба миқдори гемоглобин мутаносиб аст.

Реактивҳо:

1. Маҳлули тағирёбанда: асетонсиангидрин- 0,5 мл;
2. Намаки сурхи хунин-200мг;
3. Гидрокарбонати натрий-1г;
4. Оби муққатар-1,0л

Маҳлули таҳшиндошта ва берангшударо истифода бурдан мумкин нест. Барои ташхис маҳлули калибраторӣ гемоглобинсианид, инчунин маҳлули калибратории маҳлулҳои стандартӣ гемоглобинсианид, ё ин ки овезаҳои хушкӣ гемоглобинро истифода бурдан мумкин аст. Дар замони ҳозира озмоишгоҳҳои клиникӣ барои муайян кардани консентратсияи гемоглобин асбобҳои истеҳсоли як қатор ширкатҳо ва реагентҳои махсусро истифода мебаранд. Ин асбобҳои нишондодҳои мувофиқро барои кор кардан дар худ доранд.

Таҷҳизоти махсус:

1. Фотометр (муқарарӣ ё автоматикӣ), спектофотометр ё гемоглобинометр
2. Гемоқатрарези ҳаҷмаш 0,02мл
3. Колбаи ченақдор(1.0литр).

Рафти кор: 0,02 мл хунро ба 0,5мл маҳлуле, ки барои муайян намудани миқдори гемоглобин истифода мебаранд илова

намуда (251 маротиба омехта мешавад), хуб омехта мекунад, дар утоқи ҳарораташ муқаррарӣ 10 дақиқа мемонанд, сипас онро дар фотокалориметр дар дарозии мавҷи 500-560 нм (шуополони сабз) дар тосҷаи ғафсиаш 1см рӯ ба рӯи тосҷаи санҷиши маҳдули хароҷоти, корӣ, барои муайян намудани миқдори гемоглобин дошта чен мекунад.

Озмоиши ғайри корӣ (холостая проба): оби муққатар ё маҳдули хароҷоти барои ченкунии миқдори гемоглобин гирифта мешавад. Маҳдули стандартиро мисли санҷиши таҷрибавӣ дар ФЭК чен мекунад. Ҳисоби таркиби гемоглобин аз рӯи ҷадвали кали-

бри маҳдули стандартии гемоглобинсианид ё формулаи [3]:

$$Hb = E_{оп} / E_{ст} \times C \times K \times 0,01 \text{ (г/л)}$$

гузаронида мешавад, ки $E_{оп}$ - санҷиши таҷрибавии экстинксия; $E_{ст}$ - экстинксияи маҳдули стандартӣ, C - консентратсияи гемоглобинсианид дар маҳдули стандартӣ; K - коэффисенти ҳалшавии хун; $0,01$ - коэффисенти аз нав ҳисобкарда баргардонидани мг% ба г/л.

Сохтани ҷадвали калибрӣ - аз рӯи ҷадвали зерин маҳдули стандартии омехтаҳоеро тайёр мекунад, ки он дар ҷадвал нишон дода шудааст:

Маҳдули стандартӣ	Маҳдули тағйирёбанда, мл	Консентратсияи гемоглобини хун, г/л
	6	Маҳдули хароҷоти барои ченкунии миқдори гемоглобин
2	4	50
4	2	100
6	-	150

Консентратсияи гемоглобини хунро дар ФЭК бар муқобили тосҷаи маҳдули хароҷоти барои ченкунии миқдори тосҷаи маҳдули хароҷоти барои ченкунии миқдори гемоглобин лозим буда, муайян мекунад. Санҷишро дар спектрофотометр дар дарозии мавҷи (шуополонии сабз) 540 нм ё гемоглобинометр гузаронидан мумкин аст.

Дар меъёр миқдори гемоглобини хун: дар занҳо 120-140 г/л; дар мардҳо 130-160г/л, баробар мебошад

Хулоса. Баъди гузариши чунин корҳои амалӣ дар озмоишгоҳҳо донишҷӯён аз донишҳои назариявии омӯхташуда истифода

намуда метавонанд. Дар вақти гузариши дарсҳои лабораторӣ, бештар ҳаракат намудан лозим, ки донишҷӯён мустақилона аз тарзу услуби корҳои тадқиқотӣ, зина ба зина бархурдор гарданд. Дар ин намуди дарсҳо супоришҳо ва саволҳои санҷишӣ ба таври фардӣ супорида мешаванд.

Мақсади аввалиндараҷа аз чунин тарзи таълим, додани тасавуроти умумӣ дар бобати усулҳои ҳозиразамони ташҳиси саририи хун, ҳамзамон додани маълумот дар бораи гузаронидани ташҳисҳои гематологӣ ва баланд бардоштани малакаву маҳорати касбии онҳо мебошад.

¹Ахунова Н.Т., ²Холов С.С., ²Боронов А.Б.,
²Шокиров Ф.Р., ²Холиков Р.В.

ОСОБЕННОСТИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

¹Кафедра терапии с курсом геронтологии ГОУ Кафедра аллергологии и иммунологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»
²НМЦ РТ «Шифобахш», г. Душанбе

Цель исследования. Установить клинические варианты суставного синдрома у больных с системной склеродермией.

Материал и метод исследования. Обследовано 22 больных (все женщины), средний возраст 36,2 года, длительность заболевания 3-8 лет. АНФ в титрах 1/64 были обнаружены у всех пациентов. У большинства больных зарегистрировано хроническое течение заболевания (76,2%), подострое течение отмечено у 16%, острое - у 7,8% больных.

Всем поступившим проводили общеклинические, биохимические, иммунологические исследования, рентгенологическое исследование суставов, УЗИ сосудов. Для оценки выраженности суставного синдрома были использованы: суставной счет, боль по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), утренняя скованность в минутах, индекс Ричи, число воспаленных суставов (ЧВС).

Результаты и их обсуждение. По данным проведенного исследования, у больных с ССД поражение опорно-двигательного аппарата выглядят следующим образом: полиартралгии (изолированные) - 19,8%, склеродермический полиартрит с преобладанием экссудативно-пролиферативных изменений - 44,7%, периартрит (иногда безболезненный) с развитием контрактур - 20,3%, поражение сухожилий с формированием сгибательных контрактур - 15,2%.

Активность I степени выявлена у 10%, II степени - у 58%, III степени - у 32% исследо-

ванных. Функциональная недостаточность суставов (ФН) к началу проспективного наблюдения была следующей: I степень имела место у 56%, II степень - у 40%, III степень - у 4% больных. При оценке выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ, которая составила от 50 до 80 мм ($68,52 \pm 1,64$ мм), продолжительность утренней скованности колебалась в пределах 160-200 минут, суставной счет составил 5-26 суставов.

Больные в зависимости от активности воспалительного процесса получали глюкокортикостероиды (ГКС) - метилпреднизолон 8-12 мг в сутки, купренил 250 мг в сутки, локальную гормональную терапию (дипропан, кеналог), димексидовые аппликации, физиотерапевтическое лечение - электрофорез йодида калия, лидазы, ультразвук, парафиновые аппликации.

Заключение. Установлена высокая частота поражения опорно-двигательного аппарата у больных с системной склеродермией, что требует пристального внимания клиницистов к проблеме адекватного и своевременного назначения базисной терапии. Поражение суставов прогрессирует медленно, в последующем могут формироваться сгибательные контрактуры межфаланговых суставов, которые значительно ухудшают функциональную недостаточность суставов. При выраженном суставном синдроме при ССД рекомендуют применять ГКС периартикулярно, внутрисуставно.

¹Ахунова Н.Т., ¹Холова З.У., ¹Абдулов Дж.Х.,
²Зарипов З.Ш., ³Рахматов Дж.

ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

¹Кафедра терапии с курсом геронтологии и гематологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Кафедра общественного здоровья, экономики, управления здравоохранения с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

³НМЦ РТ «Шифобахш», г. Душанбе

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ историй болезни и оценить состояние системы крови у больных системной красной волчанкой (СКВ).

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование

26 больных СКВ (25 женщин и 1 мужчина) в возрасте от 28 ± 8 лет, находящихся на стационарном лечении в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в период 2020-2023 гг.

У всех больных диагноз СКВ был достоверным, так как ставился при наличии 3 и более

«больших» диагностических критериев, из которых среди наблюдаемых нами пациентов закономерно наблюдались симптом «бабочки» и наличие LE-клеток в крови. У всех больных наряду с этим отмечалось сочетание различных, так называемых «малых», диагностических признаков СКВ, чаще всего это были лихорадка, артриты и атралгии, увеличение СОЭ, гипергаммаглобулинемия. Активность процесса была высокой у 18 человек, значительное повышение СОЭ (более 38 мм/ч), что обычно коррелирует с высокими иммунологическими показателями, умеренной – у 5, минимальной – у 3.

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто встречающимся гематологическими проявлениями СКВ у наших больных были анемия (у 16) со снижением уровня эритроцитов до $1,3 \times 10^9/\text{л}$, гепатомегалия (у 2). Реже обнаруживались увеличение перифе-

рических лимфоузлов (у 2), тромбоцитопения (у 5) с максимальным снижением числа тромбоцитов до $105 \times 10^9/\text{л}$, спленомегалия (у 1). Как видно из данных нашего материала, гематологические нарушения при СКВ соответствуют данным литературы о системных заболеваниях соединительной ткани.

Заключение. Гематологический синдром (ГС) может быть длительное время единственным или одним из ведущих проявлений СКВ. ГС при СКВ наиболее часто протекает в виде анемии, лейкопении, лимфаденита, гепато- и спленопатии, изредка встречаются такие формы ГС, как тромбоцитопеническая пурпура, гемолитическая анемия. Иногда гематологические нарушения при СКВ могут быть настолько выраженными и доминирующими в клинической картине заболевания, что становятся причиной поздней либо ошибочной диагностики заболевания.

Ахунова Н.Т., Холова З.У., Сафаров З.Ш., Джамилев Б.С., Ашурова Д.Б.

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

¹Кафедра терапии с курсом геронтологии и гематологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Кафедра общественного здоровья, экономики, управления здравоохранения с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

³ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ историй болезни и оценить состояние системы крови у больных СКВ.

Результаты и их обсуждение. Нами проведен анализ историй болезни 26 больных СКВ (26 женщин) в возрасте 24 ± 6 лет, находившихся на стационарном лечении в ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в период 2020-2023 гг. У всех больных диагноз СКВ был достоверным, так как подтвержден наличием 3 и более «больших» диагностических критериев - симптом «бабочки», фотосенсибилизация и положительный тест на антиволчаночный антикоагулянт. У больных наряду с этими характерными симптомами отмечалось сочетание различных, так называемых «малых», диагностических признаков СКВ, чаще всего это были лихорадка, артриты и атралгии, алопеция, увеличение СОЭ, гипергаммаглобулинемия.

Результаты и их обсуждение. Чаще отмечалось поражение мелких суставов кистей, лучезапястных и коленных суставов. В 38% случаев наблюдались эритема по типу «бабочки», в 16% случаев - синдром Рейно. Острое начало заболевания отмечено у 46,1% больных (лихорадка, выраженный суставной синдром, протеинурия, алопеция), подострое - у 42,3% больных (суставной синдром, дерматит, субфебрилитет), хроническое течение заболевания имело место у 11,5% больных (суставной синдром, синдром Рейно, фотосенсибилизация). Поражение ЦНС наблюдалось в 16% случаев, поражение почек - в 48%, поражение сердечно-сосудистой системы - в 12%, анемия, лейкопения - в 58%, тромбоцитопения - в 26%, синдром ускоренного СОЭ - у 37% больных. Наиболее частыми гематологическими проявлениями СКВ у наших больных были анемия - у 22 со снижением уровня эритро-

цитов до $1,3 \times 10^9/\text{л}$, гепатомегалия - у 2. Реже обнаруживались увеличение периферических лимфоузлов - у 2, тромбоцитопения - у 7 с максимальным снижением числа тромбоцитов до $105 \times 10^9/\text{л}$, спленомегалия - у 1. Как видно из нашего материала, гематологические нарушения при СКВ соответствуют данным литературы о системных заболеваниях соединительной ткани.

Заключение. Гематологический синдром (ГС) длительное время может быть един-

ственным или одним из ведущих проявлений СКВ. ГС при СКВ наиболее часто протекает в виде анемии, лейкопении, лимфаденита, гепато- и спленопатии, изредка встречаются такие формы ГС, как тромбоцитопеническая пурпура, гемолитическая анемия. Иногда гематологические нарушения при СКВ могут быть настолько выраженными и доминирующими в клинической картине заболевания, что становятся причиной поздней либо ошибочной диагностики заболевания.

Бойбобоев А.А.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПРАВОНАРУШИТЕЛЕЙ

Кафедра психиатрии и наркологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить клинико-социальные характеристики подростков, совершивших правонарушения.

Материал и методы исследования. Нами клинико-психопатологически исследованы 44 подростка, которым проведена амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза в связи с совершением ими уголовных правонарушений. Среди обследованных 37 подростков (84,1%) были мужского, 7 (15,9%) - женского пола.

Результаты и их обсуждение. Проведенным исследованием установлено, что уголовно наказуемые действия в возрасте после 14 лет совершили ранее 19 (43,2%) обследованных, 25 (56,8%) подростков совершили предусмотренные уголовным законодательством действия в возрасте до 14 лет. Характер социально-психологических условий, в которых в течение длительного периода пребывали подростки-правонарушители, нами оценены как неблагоприятные. Лишь у 56,8 % (25 подростков) обследованных имелась полная семья, у 31,8% (14 подростков) не было одного из родителей (чаще отсутствовал отец) и 11,3% (5 подростков) не имели обоих родителей. Если в семьях 70,5% (31 подростков) обследованных отношения между ближайшими родственниками (родители, братья и сестры) были конфликтными, сопровождались ссорами или драками, обращениями в правоохранительные органы, стремлением восстановить обследуемого против других

родственников, вовлечь его в конфликт, то только у 29,5% (13 подростков) обстановка в семье была относительно спокойной. Нами установлено, что наличие конфликта между обследуемым подростком и одним или несколькими членами семьи (преимущественно с матерью) тесно связано с диагнозом «поведенческое расстройство», а также с наличием психопатических расстройств.

Среди подростков, охваченных обучением, оценка академической успеваемости, по данным характеристик учебных заведений, удовлетворительная и хорошая (при единичных случаях) учеба отмечена у 14%, неудовлетворительная - в 85% случаев. У значительного числа подростков, которые характеризовались в школе как успевающие хорошо или удовлетворительно, при обследовании обнаружены явные пробелы в знаниях. Тем не менее, учащиеся ежегодно переводились из класса в класс, получали положительные отметки, что свидетельствует о том, что имела место необъективная оценка школьной успеваемости педагогами. Соответственно, разрыв между требованиями программы и реальными знаниями непрерывно увеличивался. В результате обследуемые полностью утрачивали интерес к учебе, совершенно не понимали объяснений преподавателей, оказывались неспособными к выполнению заданий, что создавало дефицит в сфере деятельности, вынуждая подростков к изысканию других видов времяпрепровождения. С течением

времени формировалось равнодушное или негативное отношение к школе с прогрессирующим отставанием в приобретении знаний. Ко времени производства судебно-психиатрической экспертизы значительное число подростков (17-38,6%) без интеллектуальных расстройств обладали таким же уровнем школьных знаний, как и подростки с интеллектуальным снижением.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о том, что, несмотря на появление первых признаков

отклоняющего поведения еще в дошкольном возрасте, из-за разобщенности деятельности родителей, педагогов, в последующем сотрудников органов внутренних дел и врачей начинающаяся девиация поведения остается некорректированной. Семейное неблагополучие, недостаточное внимание к ребенку, часто наблюдающееся у педагогов стремление не портить «отчетность», ведущее к педагогической запущенности, являются законным финалом предшествующей антиобщественному поведению подростка.

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

РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ БРАЙТА

¹Кафедра терапии с курсом геронтологии и гематологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

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

Цель исследования. Изучить эффективность комплексного парентерального применения групп препаратов при лечении анемии Брайта у больных с почечной недостаточностью.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 38 больных в возрасте от 50 до 80 лет с ХБП С3-5, находившихся на стационарном лечении в отделении нефрологии и диализа ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Больные распределены на две группы. В первую группу вошли 20 (52,6%) больных, которые для лечения ренальной анемии получали терапию препаратами эритропоэтина в дозе 4 000 ЕД №3 + мерисом в дозе 10 мл на физиологическом растворе внутривенно капельно №5+ препараты железа в/в № 5; 18 (47,4%) больных второй группы получали сочетанное лечение парентеральным введением эритропоэтина и применения препаратов железа и витаминов per os.

Всем больным проводились общеклинические обследования: общие анализы крови и мочи, анализы мочи методами Зимницкого и Реберга-Тареева, определение уровней мочевины, креатинина, общего белка и белковых фракций, электролитов крови. Инструментальные обследования включали ультразвуковое исследование почек, ЭКГ, ЭхоКГ, а также рентгенографию грудной клетки.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что у 18 (90%)

больных в первой группе наблюдалось повышение уровня эритроцитов и гемоглобина крови, во второй группе положительный лабораторный результат отмечался у 13 (66,7%) пациентов. У 2 (10%) пациентов первой группы держалась лёгкая степень анемии, во второй группе ренальная анемия без значимых изменений наблюдалась у 5 (27,8%) человек. Анализ динамики клинической картины показал, что наряду с лабораторными улучшениями у больных повышалась активность, нормализация сна и аппетита, улучшение самочувствия. В первой группе улучшение отмечается уже на 5-7 сутки, во второй группе положительный эффект развивался на 10-12 день лечения. К положительным результатам лечения относится также снижения уровней мочевины и креатинина крови в обеих сравнительных группах.

Заключение. Переливание компонентов крови пациентам этой категории сопровождается значимым риском. Применение комплексного парентерального применения групп препаратов при лечении анемии Брайта у больных с почечной недостаточностью эффективно ввиду наличия у данной категории больных уремической энтеропатии, что способствует низкому всасыванию. Оно является экономически доступным и психологически щадящим, что приводит к улучшению качества жизни данной категории больных.

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ВЕССЕЛ ДУЭ Ф» У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

¹Кафедра терапии с курсом геронтологии и гематологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

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

Цель исследования. Изучить эффективность применения препарата "Вессел Дуэ Ф" при лечении диабетической нефропатии.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 60 больных в возрасте от 50 до 80 лет с сахарным диабетом, осложнённым почечной недостаточностью, находившихся на стационарном лечении в отделении нефрологии и гемодиализа ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Больные распределены на три группы - по 20 пациентов (33,3%). Все больные получали протокольную терапию почечной недостаточности. Первая группа дополнительно получала трентал 5 мг + гепарин 5 – 20 00 ЕД + статины. Вторая группа дополнительно принимала трентал + статины. Третья группа пациентов наряду с протокольной терапией почечной недостаточности принимали препарат «Вессел Дуэ Ф» в дозе 2 мл (600 ЛЕ) в/м или в/в (болюсно и капельно) в течение 15-20 дней, затем переходили на приём препарата внутрь. Вессел Дуэ Ф является биологическим лекарственным препаратом, представляющим собой смесь гликозаминогликанов (ГАГ): гепариноподобной фракции с молекулярной массой 8000 дальтон (80%) и дерматансульфата (20%), механизм действия которого обусловлен двумя основными свойствами: гепариноподобная фракция обладает сродством к антитромбину III (АТ III), а дерматановая – к кофактору II гепарина (КГП), т.е. обладает ангиопротекторным, профибринолитическим, дислипидемическим и антитромботическим фармакологическим действием.

Всем больным проводились общеклинические обследования: общие анализы крови и мочи, анализы мочи методами Зимницкого и Реберга-Тареева, определение уровней мочевины, креатинина, общего белка и белковых фракций, глюкозы и электролитов крови. Инструментальные обследования включали ультразвуковое

исследование почек, ЭКГ, ЭхоКГ, а также рентгенографию грудной клетки. Все больные осмотрены кардиологом и эндокринологами центра.

Результаты и их обсуждение. У больных всех трёх групп полученные данные протеинурии до лечения составили (0,99-3,3‰) в среднем 1,703‰, результаты СКФ 42,4±6,63 мл/мин, средний уровень мочевины 13,6±4,94 ммоль/л, средний уровень креатинина 270,5±35,3 мкмоль/л, средний уровень холестерина 9,2±1,8 ммоль/л, артериальное давление: САД 140-220 и ДАД 90-120 мм рт.ст., наличие отёков от минимальных вплоть до анасарки.

Спустя месяц исследования получены лабораторные показатели: в 1 группе: протеинурия в среднем 1,03‰, результаты СКФ 45,2±7,3 мл/мин, средний уровень мочевины 11,2±3,4 ммоль/л, средний уровень креатинина 210,5±25,3 мкмоль/л, средний уровень холестерина 6,2±0,7 ммоль/л, САД 140-160 и ДАД 80-100 мм рт.ст., исчезновение отёков; во 2 группе параметры были следующими: уровень протеинурии в среднем 1,4‰, результаты СКФ 43,8±5,8 мл/мин, средний уровень мочевины 12,4±3,7 ммоль/л, средний уровень креатинина 220,9±28,3 мкмоль/л, средний уровень холестерина 7,2±0,8 ммоль/л, САД 140-160 и ДАД 80-90 мм рт.ст.; и в третьей группе средний уровень протеинурии составил 0,99‰, результаты СКФ 38,9±4,2 мл/мин, средний уровень мочевины 11,6±4,94 ммоль/л, средний уровень креатинина 210,9±25,8 мкмоль/л, средний уровень холестерина 7,4±1,6 ммоль/л, САД 130-150 и ДАД 80-100 мм рт.ст.

Анализ динамики клинической картины показал, что наряду с лабораторными улучшениями у больных повышается активность, нормализация сна и аппетита, улучшение общего самочувствия. Во всех группах отмечается положительный результат, но более выражены показатели у пациентов третьей группы.

Заключение. Применение препарата «Вессел Дуэ Ф» позволяет достоверно снизить

уровень экскреции альбумина у пациентов с микро- и макроальбуминурией, также обладает ангиопротекторным, профибринолитическим, дислипидемическим и антитромботическим фармакологическим действием.

Терапия с наименьшим количеством препаратов не влияет на психику больных и приводит к наименьшим материальным затратам, что обуславливает улучшение качества жизни данной категории больных.

Гайратова И.Б., Асадов С.У., Носирова Ф.П.

УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

¹ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины»

²ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Представить клинико-гемодинамическую и биохимическую взаимосвязь ишемической болезни сердца в ассоциации с уровнем гликированного гемоглобина.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили 67 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2-го типа, госпитализированные в ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ за период с января 2023 г. по июнь 2023 г.

Всем больным определяли уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) в сыворотке крови. В зависимости от его уровня больные были разделены на 3 группы.

Результаты и их обсуждение. Пациенты с $HbA1c > 8,5\%$ и $6,5\% \leq HbA1c \leq 8,5\%$ имели значительно более высокие уровни глюкозы и HbA1c, чем пациенты с $HbA1c < 6,5\%$ и пациенты с $HbA1c > 8,5\%$ выше $6,5\% \leq HbA1c \leq 8,5\%$, что согласуется с результатами других исследований, а также указывают на то, что пациенты с диабетом и ИБС с плохим контролем уровня глюкозы в крови имеют более высокие показатели сахара. Выявлены статистически значимые

различия в плазменных уровнях N-концевого промозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) и мочевой кислоты, конечного диастолического размера левого желудочка (КДР ЛЖ), конечного систолического объема левого желудочка (КСО ЛЖ), фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) и степени сердечной недостаточности по NYHA среди трех групп ($p < 0,05$). Статистический анализ показал, что уровень HbA1c положительно коррелировал с показателями уровня глюкозы в крови, NT-proBNP, мочевой кислоты, КДР ЛЖ, КСО ЛЖ и функциональным классам СН по NYHA, но отрицательно коррелировал с ФВЛЖ ($p < 0,05$).

Заключение. Уровень HbA1c у больных сахарным диабетом в сочетании с ИБС тесно связан со степенью нарушения функции сердца. Уровни гликированного гемоглобина связаны с развитием сердечной недостаточности у больных с ИБС. Гликированный гемоглобин также является независимым предиктором серьезных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Разумный и эффективный контроль уровня глюкозы в крови имеет большое значение для прогноза пациентов.

Гоибова З.В., Назруллаева А.Р.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С КАТЕХОЛАМИН-СЕКРЕТИРУЮЩИМИ ОПУХОЛЯМИ

¹Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗ и СЗН РТ

Цель исследования. Изучить особенности изменения ритма сердца и центральной гемодинамики у пациентов с гиперкатехоламинемией.

Материал и методы исследования. По дизайну работа носила проспективный рандомизированный характер, где были анализированы результаты суточного мониторирования артериального давления (АД) и сердечной деятельности у 36 пациентов с катехоламин-секретирующими опухолями надпочечников. Более двух третей пациентов ($n=28$; 77,8%) составили лица женского пола, мужчин было 6 (22,2%) человек. Возраст пациентов варьировал от 15 до 46 лет, составив в среднем $36,2 \pm 5,4$ лет. У всех пациентов имела место симптоматическая артериальная гипертензия (АГ) с периодическими кризами, не поддающимися стандартной гипотензивной терапии.

Исследование проводили с использованием диагностической системы VI (Гамбург, Германия) последнего поколения в непрерывном режиме в течение $24,7 \pm 0,3$ часов. Оно преследовало цель констатации факта нарушения ритма и проводимости сердца, а также выявления особенностей суточного изменения артериального давления (АД).

При проведении исследования во всех случаях был отменен приём гипотензивных и антиаритмических препаратов. Полученные в ходе исследования цифровые данные были занесены в специальную анкету пациентов и подвергнуты статистической обработке.

Результаты и их обсуждение. Среднее число измерения АД за период мониторирования составила $50,5 \pm 3,5$ исследований, из которых 97,8% явились успешными. Интерпретация полученных данных показала, что у всех пациентов в течение суток отмечалось неоднократное повышение АД, эпизод которого в среднем составил $4,5 \pm 0,5$ случаев. Максимальные цифры САД и ДАД составили $185,5 \pm 10,5$ мм рт. ст. и $105,5 \pm 8,5$ мм рт. ст. соответственно. Минимальные значения указанных показателей составили $125,5 \pm 5,5$ мм рт. ст. и $70,5 \pm 7,5$ мм рт. ст. соответственно. Частота пульса варьировала от 68 до 124

ударов в минуту. Анализ данных показателей СМАД показал, что в 72,8% случаев эпизоды гипертонических кризов отмечались в ночное время, возможно, вследствие преобладания влияния блуждающего нерва.

Мониторинг сердечной деятельности показал, что на почве гиперкатехоламинемии у абсолютного большинства пациентов имеет место скрытое нарушение ритма в виде суправентрикулярных экстрасистолии, суправентрикулярной тахикардии, бигеминии и тригеминии. При этом ни в одном наблюдении фрагменты тахикардии не соответствовали степени физической нагрузки, что свидетельствует об экстракардиальном нарушении причин ритма. Более того, в 6 случаях у пациентов старшей возрастной категории были отмечены изменения уровня сегмента ST, свидетельствующие о нарушениях коронарного кровообращения, хотя они носила компенсированный характер. Максимальная глубина сегмента ST у этой категории пациентов составила 3,5 мм, что, скорее всего, было обусловлено не столько спазмом коронарных артерий, сколько микроциркуляторными нарушениями на фоне катехоламиновых кризов.

При анализе показателей электрической активности сердца было выявлено, что почти у всех пациентов имел место синусовый ритм, а его значимые нарушения по типу фибрилляции предсердий были зарегистрированы только у одной пациентки. Частота сердцебиения у пациентов варьировала от 68 до 124 ударов в минуту, составляя в среднем $95,5 \pm 5,5$ ударов.

Заключение. Катехоламин-секретирующие опухоли сопровождаются симптоматической артериальной гипертензией и на почве постоянно повышенного артериального давления отмечается кризоподобное повышение АД. Гиперкатехоламинемия является одним из значимых факторов развития нарушения ритма и проводимости сердца, большинство из которых имеют скрытое клиническое течение и относятся к потенциально опасным и жизнеугрожающим состояниям.

^{1,2}Джумаева Л.Ф., ^{1,2}Исмоилов К.И.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У НОВОРОЖДЁННЫХ С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

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

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

Цель исследования. Изучить иммунологические особенности у новорождённых с бактериальной пневмонией

Материал и методы исследования. Нами проведено комплексное обследование 53 новорождённых с бактериальной пневмонией в условиях отделения патологии новорожденных ГУ НМЦ РТ «Шифобахш». Из общего числа включенных в исследование детей сформировано три группы. Первую группу составили 26 (49%) новорожденных детей с тяжелой пневмонией, у 5 (17,4%) новорожденных детей первой группы была диагностирована врожденная пневмония, которая развилась в первые 72 часа жизни и у 21 новорожденного пневмония развилась в постнатальном периоде на фоне или после перенесенной ОРВИ.

Вторую группу составили 27 (50,9%) новорожденных детей с очень тяжелой пневмонией. У 10 (37%) пневмония протекала на фоне сепсиса, у 5 (18,5%) больных она была проявлением внутриутробной инфекции. У 12 (44,%) пневмония развилась на фоне ОРВИ.

Контрольную группу составили 20 здоровых новорожденных.

Иммунологическое исследование проводилось всем детям в периоды максимальных клинических проявлений и на момент выздоровления. Биологическим субстратом для исследования являлась сыворотка крови. Сывороточные иммуноглобулины (IgG, IgA, IgM) определяли методом радиальной иммунодиффузии (РИД) по Манчини (1965). Для определения средней и стандартной ошибок показателей Ig A, M, G и сравнения их в группах использовался ANOVA-тест. При сравнении групп и оценки степени достоверности между собой использовался тест непараметрической статистики Mann-Whitney Test.

Результаты и их обсуждение. Данные исследования гуморального иммунитета показали, что средние значения IgA ($0,05 \pm 0,01$), IgM ($0,73 \pm 0,2$) и IgG ($3,2 \pm 0,14$) в сыворотке крови детей первой группы были достоверно ниже показателей контрольной группы IgA ($0,5 \pm 0,06$), IgM ($0,82 \pm 0,2$) и IgG ($10,2 \pm 0,5$), ($p < 0,05$). Средние значения IgA ($0,03 \pm 0,05$) и IgG ($2,6 \pm 0,09$) детей второй группы также были достоверно ниже показателей контрольной группы ($p < 0,05$). Показатели IgM ($2,2 \pm 0,01$) детей второй группы были значительно выше аналогичных показателей контрольной группы и детей первой группы ($p < 0,05$). Среднее значение IgA ($0,03 \pm 0,05$) и IgG ($2,6 \pm 0,09$) детей второй группы также было ниже соответствующих показателей детей первой группы IgA ($0,05 \pm 0,02$) и IgG ($3,2 \pm 0,09$), однако статистически достоверная разница не отмечалась.

После проведенного комплексного лечения и иммуномодулирующей терапии к моменту выздоровления у новорождённых детей с бактериальной пневмонией было выявлено, что у детей первой группы отмечалось достоверное повышение концентраций IgA ($0,12 \pm 0,01$) и IgG ($7,9 \pm 0,2$) ($p < 0,05$) и умеренное повышение IgM ($1,2 \pm 0,04$). У детей второй группы отмечалось достоверное повышение IgA ($0,06 \pm 0,05$) и IgG ($4,8 \pm 0,1$) ($p < 0,05$) и умеренное повышение IgM ($2,6 \pm 0,09$).

Заключение. Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о выраженных нарушениях гуморального звена иммунитета у новорождённых детей обеих групп с бактериальной пневмонией, приводящей к вторичной иммунной недостаточности, что диктует необходимость включения в комплексную терапию препаратов иммуномодулирующего действия.

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

МНОЖЕСТВЕННЫЙ И ШИРОКО ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИИ ТБ/ВИЧ В СОГДИЙСКОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) у больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ в Согдийской области.

Материал и методы. Проведен ретроспективный когортный анализ 1301 ВИЧ-инфицированных лиц, среди которых выявлен 141 (10,8%) случай туберкулеза, сочетанного с ВИЧ инфекцией, согласно учетным формам 25/у, 07-А, 08-А.

При изучении социального статуса больных установлено, что 70,2% - люди из группы риска по ВИЧ-инфекции – это, в основном, асоциальная группа населения, страдающие наркоманией - 39 (28%), находящиеся в местах заключения - 3 (2,1%) и в трудовой миграции - 57 (40,7%), т.е. лица, которые не посещают регулярно медицинские учреждения и часто нарушают режимы и схемы лечения.

Изучен спектр лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза к противотуберкулёзным препаратам у каждого больного, находящегося на диспансерном учете в Центрах по защите населения от туберкулеза в Согдийской области, зарегистрированных в период 2018-2022 гг.

Результаты и их обсуждение. В целом по Республике Таджикистан, Согдийская область занимает второе место после Хатлонской области по уровню распространенности туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных. В 2018 году по Согдийской области количество впервые зарегистрированных больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ всего составляло 47 случаев (20,7%) от общего числа зарегистрированных пациентов (227) по республике, из них у 38 (80,9%) пациентов была сохранена чувствительность микобактерии туберкулеза к противотуберкулёзным препаратам, которые в последующем принимали противотуберкулёзное лечение в течение 6 месяцев. У 7 (14,9%) пациентов был выявлен ТБ с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза (МЛУ/ТБ) т.е. устойчивость к двум основным противотуберкулёзным препаратам рифампицину и изониазиду (R, H), которым было назначено противотуберкулёзное лечение в течение 9-12 месяцев. У 2 (4,3%) пациентов был установлен туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью микобактерии туберкулеза (ШЛУ МБТ) к 4 противотуберкулёзным препаратам, противотуберкулёзное лечение которых продолжалось в течение 18-24-месяцев.

В 2019 годы отмечается резкое снижение регистрации пациентов с ТБ/ВИЧ-инфекцией по Согдийской области, что составило всего 33 пациента, что на 70,2% ниже, чем в 2018 г. Это, скорее всего, связано с неполным выявлением больных. Среди выявленных и зарегистрированных больных 5 (15,2%) имели ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ/ТБ) микобактерий туберкулеза, из них у 4

пациентов имелась устойчивость к двум основным противотуберкулёзным препаратам - рифампицину и изониазиду, а у одного (3,0%) диагностирован туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью МБТ. Следует отметить, что по области за 2019 год отмечается снижение показателя МЛУ ТБ на 1,3%, по сравнению с 2018 годом.

В 2020 годы наблюдается также снижение регистрации лиц с ТБ/ВИЧ-инфекцией по области, что составило всего 20 пациентов при сравнении с 2019 г., что на 60,6% ниже. Среди выявленных у 4 (20%) пациентов диагностирован туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ/ТБ) возбудителя туберкулеза, что показывает на рост МЛУ ТБ на 4,8%, по сравнению с 2019 годом. Случаев туберкулеза с ШЛУ МБТ у ВИЧ-инфицированных в 2020 году не было зарегистрировано.

В 2021 году данные эпидемиологических показателей по сочетанной инфекции в Согдийской области сохранялись на таком же уровне, как и в 2020 году. Всего было зарегистрировано 20 пациентов с ТБ/ВИЧ, из которых у 2 (10%) выявлен ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ/ТБ) микобактерий туберкулеза, отмечается снижение показателя МЛУ ТБ на 10%, по сравнению с 2020 годом. А с ШЛУ ТБ зарегистрирован 1 (5%) пациент, что по сравнению с 2019 годом увеличилось на 2,9%.

В 2022 году всего пациентов с ТБ/ВИЧ зарегистрировано 21, из них у 5 (23,8%) имелся множественно лекарственно устойчивый ТБ, который увеличился, по сравнению с 2020 г., на 13,8%. А с ШЛУ ТБ зарегистрировано 2 (9,5%) случая, что, по сравнению с 2021 годом, больше на 4,5%.

Заключение. Проведенный ретроспективный когортный анализ больных ТБ, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в Согдийской области за период 2018-2022 годы показал снижение общего количества пациентов с ТБ/ВИЧ с 47 до 21 - на 44,7% в 2022 г., по сравнению с 2018 годом. Отмечается рост показателя заболеваемости множественно лекарственно устойчивыми формами туберкулеза среди больных с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ с 14,9% в 2018 году до 23,8% в 2022 году - на 8,9%. А показатель заболеваемости ШЛУ ТБ среди них увеличился с 4,3% до 9,5%, что указывает на неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию по сочетанной инфекции ТБ/ВИЧ в данном регионе и свидетельствует о необходимости усилить непосредственно контролируемое лечение среди этих контингентов больных.

¹Закирова К.А., ²Сохибов Д.К., ¹Махмудова Р.У., ³Махмудова П.У.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЁЗА ПОВОНОЧНИКА

¹Кафедра фтизиопульмонологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Центр защиты населения от туберкулёза», г. Худжанд

³ГУ «Республиканский центр защиты населения от туберкулеза»

Цель исследования. Провести сравнительный анализ и оценку эффективности применения магнитно-резонансной томографии (МРТ) при диагностике туберкулёза позвоночника в Согдийской области за период 2015-2020 годы.

Материал и методы исследования. Нами ретроспективно изучены результаты использования методов лучевой диагностики и частота проведения МРТ-диагностики у 304 больных. Среди них выявлено 72 (23,7%) человека с туберкулёзом позвоночника, возраст которых составлял от 18 до 65 лет - по данным историй болезни пациентов Областного туберкулёзного стационара за период 2015-2020 годов.

Давность поражения позвоночника варьировала от 6 месяцев до 3 и более лет, а развитие спинномозговых расстройств длилось от 3 месяцев до 1 года.

Результаты и их обсуждение. На МРТ-обследование были направлены пациенты из г. Худжанда и различных районов Согдийской области в частную рентгено-диагностическую клинику ООО «Лукмони Хаким».

Всего выборка проведена по историям болезни 304 больных, обследованных методом МРТ, из них диагноз «Туберкулёз позвоночника» был подтвержден у 72 (23,7%), у остальных 232 (76,3%) пациентов была диагностирована другая неспецифическая патология позвоночника - грыжа диска, остеохондроз позвоночника и др.

Пациенты с впервые выявленным туберкулёзным спондилитом в активной фазе были направлены в специализированный областной туберкулёзный стационар на лечение.

При анализе локализации туберкулёзного процесса установлено, что туберкулёзное поражение шейного отдела имелось у 7 (9,7%), грудного - у 19 (26,4%), грудино-поясничного - у 21 (29,2%), поясничного - у 23 (31,9%), пояснично-крестцового - у 2 (2,8%) человек.

При изучении клинических данных и результатов лучевой диагностики у 17 (12,7%) пациентов с туберкулёзным спондилитом был выявлен туберкулёзный процесс в активной фазе с различными осложнениями, проведены хирургические вмешательства после сопоставления с результатами МРТ. У 6 (35,3%) пациентов МРТ-исследование было выполнено до и после операции.

При анализе причин поздней диагностики заболевания отмечено, что в 28,7% случаев течение болезни трактовалось как грыжа диска позвонков, в 36,3% наблюдениях - как остеохондроз и заболевания органов брюшной полости и малого таза, в 22,5% - как дегенеративные процессы позвоночника. В результате этого больные длительное время находились на лечении в общей лечебной сети с различными диагнозами.

При оценке эффективности лечения установлено, что в конце первого года лечения при ограниченных формах туберкулёзного спондилита трудоспособность восстановилась у 54 (75%) пациентов, у остальных - с рецидивами туберкулёзного процесса, множественными и широко лекарственно устойчивыми формами туберкулёза, - лечение продолжалось индивидуально, согласно режиму лечения, до двух лет и более.

Заключение. МРТ является ценным методом диагностики активного туберкулёзного спондилита и его последствий. Для раннего выявления туберкулёза либо его исключения при поступлении больных необходимо провести МРТ, так как в самом начале воспалительного процесса, задолго до появления деструктивных изменений в позвоночнике, выявляются мягкотканые компоненты в виде инфильтрации передних и паравертебральных тканей, мелких очагов деструкции, изменений в межпозвоночных дисках, что часто не отображается на обычных рентгенограммах.

¹Зубайдова Т.М., ²Давлаткадамов С.М., ²Эльназаров М.Х., ¹Давлатова Г.Х.

К ВОПРОСУ ОБ ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ СУММЫ ЭКСТРАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ КОРНЯ МАКРОТОМИИ КРАСЯЩЕГО (MACROTOMIAE USCHROMA (ROYLE) PAULS), ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В ВЫСОКОГОРЬЯХ ПАМИРА

¹ГУ «Институт гастроэнтерологии Таджикистана» МЗиСЗН РТ

²ГУ «Научно-исследовательский фармацевтический центр» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить острую токсичность и переносимость экстрактивного вещества корня макротомии красящего (*Macrotomiae uschroma* (Royle) Pauls), произрастающего в высокогорьях Памира.

Материал и методы исследования. Острая токсичность и переносимость экстракта корня макротомии красящего, содержащего сумму экстрактивных веществ, произрастающего в высокогорьях Памира, при внутрижелудочного введения (1:10) изучалась на 120 беспородных белых крысах массой 190-200 г. (Н.И. Карпенко, 1964). Белым крысам внутрижелудочно введено от 20 до 6000 мг/кг веса экстрактивного вещества корня макротомии красящего. Сумма экстрактивных веществ корня макротомии красящего определялась по методу Российского фармакопеи XI издания.

Результаты и их обсуждение. Экстрактивные вещества корня макротомии красящего, произрастающего в высокогорьях Памира, оказались нетоксичным средством.

При оральном введении препарата в дозах от 20 до 6000 мг/кг массы (дробно через

каждые 30 мин по 1 мл) смертельных исходов у белых крыс не отмечалось, поэтому нам не удалось определить показатели ЛД-50 и ЛД-100.

В течение первых суток и в последующие дни наблюдения (до конца второй недели) симптомы отравления не обнаружены. Вначале после введения водяного раствора сухого экстракта было зафиксировано некоторое увеличение движения животных в клетках. Животные в течение первого часа успокаивались, и в дальнейшем различий между животными контрольной серии и опытными практически не наблюдалось. В течение последующего периода наблюдения все животные были подвижны, активно поедали корм, со стандартными реакциями на внешние раздражители и без нарушения внешнего вида.

Заключение. По классификации ВОЗ, экстракт корня макротомии красящего, содержащий сумму экстрактивных веществ, произрастающего в высокогорьях Памира, можно, согласно ГОСТ 12.1.007-76, относить к классу малоопасных веществ.

¹Зубайдова Т.М., ²Урунова М.В., ³Алиев Ф.Б., ³Джалилов Г.К.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАВЫ ДУШИЦЫ МЕЛКОЦВЕТКОВОЙ (ORIGANUM TYTTANTHUM GONTSCH), ОБЫКНОВЕННОЙ (ORIGANUM VULGAREL) И КОПЕДАТСКОЙ (ORIGANUM KOPETDAGHESE BORSIS), КАК ДЕКОРАТИВНЫХ РАСТЕНИЙ

¹ГУ «Институт гастроэнтерологии Таджикистана» МЗиСЗН РТ

²Кафедра фармакологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

³НИИ «Институт фундаментальной медицины» при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Провести скрининг травы душицы мелкоцветковой, обыкновенной и копедатской, как декоративных растений..

Материал и методы исследования. Для проведения скрининга использовали научную литературу по исследованию названного растения.

Origanum tyttanthum Gontsch, *Origanum vulgare* L. и *Origanum kopetdaghese* Borsis является лекарственным, эфиромасличным, пряно-ароматическим и декоративным растением. Род *Origanum* L. относится к подсемейству Lamioideae L. семейства Lamiaceae Lindl, насчитывает, по различным данным, более 45 видов, которые распространены в Европе, Средиземноморье и Малой Азии, 13 из них, по данным Flora Europaea, встречаются в Европе.

В Российской Федерации и на Украине произрастает душица обыкновенная. В Таджикистане произрастает только душица мелкоцветковая. Душица копетдатская – *Origanum kopetdaghese* Borsis семейства губоцветных - Lamiaceae. Душица копетдатская издавна известна как лекарственное растение, многолетнее травянистое растение, встречается на горных склонах в степном поясе копетдага Туркмении.

Origanum – латинизированное название растения *oreganon* (от *oros* – гора, *ganos* – блеск) - переводится как «украшение гор». Одним из основных растений, формирующих ландшафт в горах Таджикистана и Узбекистана, является *Origanum tyttanthum* Gontsch (душица мелкоцветковая). Произрастает преимущественно в средней полосе гор среди древесно-кустарниковой растительности и в субальпийском поясе на мелкоземистых и щебнистых почвах. Семенами разводят душицу на обычных овощных грядках. Запах растений травянисто-пряный с тонами тимолла и цветочно-цитрусовой нотой.

Результаты и их обсуждение. Душица – хорошее декоративное растение. Она находит применение в саду ароматов или на огороде

во французском стиле, где на одной грядке уживаются цветы, овощи и пряности. Также её используют на аптекарской грядке, где она эффектно смотрится с другими растениями, цветущими летом. Карликовые разновидности душицы можно использовать на небольших террасах на альпийской горке. Изящный вид имеет душица, посаженная на кромке различных по составу лесных насаждений. Н.К. Коваленко с соавторами (1986) выделили *O. Vulgare* L., как вид летне-осеннего срока цветения для формирования декоративных композиций, обеспечивающих непрерывное цветение. В любом случае душица придаёт саду естественность дикой природы. Являясь полиморфным видом, она образует ряд форм по окраске цветков, величине листьев, форме соцветий. Например, сорт «Thumble's Variety» – с жёлтыми листьями, «Snowstorm» цветёт серебристо-белыми цветками, «Compactum» не превышает 20-30 см в высоту. Менее привычна золотистая форма (*f. aureum*), листья которой более светлого салатного цвета, в высоту эта форма также не превышает 20 – 30 см. У пестролистной формы (*f. variegatum*) вегетативные побеги стелются по земле, приподнимаясь не более чем на 5 – 7 см. Мелкие округлые листья обведены тонкой кремово-белой каймой. Декоративное растение может использоваться в ландшафтном дизайне для создания миксбордеров, контрастных пятен в парках, декорирования каменных садов.

Заключение. Трава душицы мелкоцветковой, обыкновенной и копетдатской характеризуется красивыми цветками и также может использоваться в зелёном оформлении газонов и клумб.

¹Зурбекова Ш.Р., ²Олимова Ф.К., ¹Махкамов К.К., ²Маджидова З.Х.

ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ РДС НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕТАЛЬНОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ

¹Кафедра неонатологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Родильный дом № 1» г. Душанбе

Цель исследования. Анализ влияния стратегий профилактики РДС на этапе родового пособия на показатели летальности недоношенных детей.

Материал и методы исследования. Нами проведена оценка летальности 196

случаев смерти новорожденных в сроке от 22 до 34 недель гестации с учетом полноты оказанной их матерям антенатальной профилактики РДС. Анализ показателей заболеваемости, смертности, летальности новорожденных и их структуры проведен

на основании ежегодных отчетов отделений ГУ «Родильный дом №1» города Душанбе за период с 2018 по первое полугодие 2022 года. В зависимости от срока гестации умершие распределились следующим образом: от 22 недель до 28 недель гестации – 67 случаев (34,2%); от 29 недель до 31 недели гестации – 106 случаев (54,1%); от 31 недели до 34 недели гестации – 23 случаев (11,7%).

В зависимости от антенатально проведенной профилактики РДС распределение среди умерших было следующим: получившие полный курс профилактики РДС – 21 случай (10,7%); получившие неполный курс профилактики РДС – 26 случаев (13,3%); не получившие профилактики РДС – 138 случаев (70,4%); получивших полный курс профилактики РДС с последующей родостимуляцией – 11 случаев (5,6%).

Результаты и их обсуждение. Известно, что при неэффективной дородовой помощи возрастает риск неблагоприятных исходов, поэтому раннее выявление беременностей с высоким риском прерывания и обеспечение эффективной профилактики осложнений преждевременных родов является важной задачей. Вмешательства для улучшения исхода и предотвращения РДС начинаются до

рождения, поэтому при угрозе преждевременных родов необходимо рассмотреть меры по продлению беременности и снижению риска неблагоприятного исхода путем антенатальной подготовки легких плода. Аргументом в пользу проведения профилактики РДС (женщинам с угрозой преждевременных родов до 34 недель (рекомендация 1А) является лучшая выживаемость. Исходя из этого, нами проведен анализ показателя летальности новорожденных в зависимости от гестационного возраста и проведенной профилактики РДС.

Заключение. Анализ выживаемости детей различного гестационного возраста из групп, получивших частично либо не получивших профилактику РДС, свидетельствует о необходимости проведения профилактики РДС женщинам с угрозой преждевременных родов до 34 недель. В то же время индукция родов, даже при условии полностью проведенной профилактики РДС, является отягчающим фактором, оказывающим неблагоприятное влияние на перинтальный исход у недоношенных, родившихся в сроке 22-31 недели гестации. При этом полная профилактика РДС среди матерей способствует предотвращению случаев летального исхода у недоношенных 32-34 недель гестации.

Иззатов Х.Н., Абдурахманова Р.Ф., Файзуллоев А.Х., Хокиров Д.С., Назаров Дж.Дж.

СИНДРОМ ГИЙЕНА-БАРРЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра неврологии и медицинской генетики им. профессора Раджабалиева Ш.Ф. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Определить частоту встречаемости синдрома Гийена-Барре (СГБ) среди детского населения Республики Таджикистан по данным регистра отделения детской неврологии ГУ «Истиклол».

Материал и методы исследования. За период с сентября 2017 г по декабрь 2018 г под наблюдением находились 30 детей с диагнозом СГБ. В 2017 г. находились на лечение с диагнозом СГБ – 12, а в 2018 г. – 18 детей.

Поступления детей в стационар за этот период (2017-2018 г.) из регионов Республики Таджикистан: г. Душанбе 6 (20,0%), Хатлонская область – 10 (33,3%) и РРП – 14 (46,7%) детей. Из них 15 (50,0%) мальчиков и 15 (50,0%) девочек. Возраст детей от 2 до 15 лет, средний возраст больных СГБ составлял 8,6 лет.

Возрастные группы больных детей с СГБ

<i>Возраст, лет</i>	<i>Количество (30 детей)</i>	<i>%</i>
От 0 до 5	10	33,3
От 6 до 10	9	30,0
От 11 до 15	11	36,7

У больных в клинической картине наблюдались двигательные расстройства нижнего парапареза с угнетением сухожильных рефлексов. Расстройства чувствительности в виде парестезий, гиперестезий, дизестезий и болевым синдромом. Нарушение поверхностной чувствительности по полиневропатическому типу. Выраженный болевой синдром в спине

и нижних конечностях наблюдался у всех больных.

Больным, поступившим в стационар, проводилось комплексное обследование: сбор анамнеза, соматический и неврологический статусы, определение степени двигательных нарушений по «Индексу мобильности Ривермид» от 1 до 15 баллов, лабораторные методы исследования, электронейромиография, МРТ, осмотр окулиста и инфекциониста, поясничный прокол.

Всем больным с СГБ проводили терапию с внутривенным введением иммуноглобулина класса G (IgG) из расчета 0,4 г на кг массы тела больного в течение 5 дней. Эффективность проводимой терапии оценивалась по положительной динамике неврологического статуса и по индексу мобильности по Ривермиду.

Результаты и их обсуждение. Синдром Гийена-Барре встречается с частотой 1,0-1,9 случаев на 100 тыс. населения у взрослых и 0,34-1,34 на 100 000 населения у детей. В настоящее время выделяют четыре основные клинические формы СГБ: острую воспалительную демиелинизирующую полирадикулонейропатию (ОВДП), острую моторную аксональную нейропатию (ОМАН), острую моторно-сенсорную аксональную нейропатию (ОМСАН) и синдром Миллера-Фишера.

Этиологические факторы СГБ окончательно не изучены, что позволяет именовать болезнь идиопатической полинейропатией. У части больных за 1-3 недели до развития заболевания отмечаются симптомы инфекционного процесса (гриппоподобное состояние с поражением верхних дыхательных путей, ангина, диарея, гипертермия).

Имеются основания рассматривать целый ряд патогенных микроорганизмов в качестве этиологически значимых факторов, поскольку инфицирование ими нередко (в 66% случаев) предшествует развитию СГБ. В их числе значатся следующее: цитомегаловирус, вирус Epstein-Barr, *Haemophilus influenzae* emunb, *Mycoplasma pneumoniae*, *Compylobacter jejuni* и многие другие возбудители инфекционных болезней.

Перенесенная инфекция служит провоцирующим фактором, запускающим аутоиммунную реакцию. Исследованиями

доказано, что в основе патогенеза СГБ лежит механизм молекулярной мимикрии, которая способствует выработке антиганглиозидных антител к антигенам периферической нервной системы.

В отделение детской неврологии ГУ «Истиклол» за 2017-2018 годы поступило 30 детей с диагнозом СГБ, в летне-осенний период. Перенесенная инфекция была провоцирующим фактором, запускающим аутоиммунную реакцию. У наблюдаемых больных пусковым фактором заболевания являлась острая респираторная вирусная инфекция, которая составила 76%, особое значение имеет высокая активность, вызванная вирусами Эпштейна-Барра, что согласуется с данными зарубежных авторов. Среди обследованного контингента не отмечалось семейных случаев заболевания, а также различий в половой структуре. Из 30 больных с СГБ у 27 (90%) имело место ОВДП - острая воспалительная демиелинизирующая полинейропатия, которые после лечения с выписаны с улучшением. У 3 (10%) больных отмечалась острая моторно-сенсорно-аксональная нейропатия, с бульбарными расстройствами, тяжелой дыхательной и сердечной недостаточностью, которые с привели к летальному исходу. Патогенетической терапией СГБ является внутривенное введение иммуноглобулинами класса G (IgG) доза из расчета 200 мг/кг массы тела. В качестве основного препарата нами использован «ОКТАГАМ».

Заключение. СГБ представляет собой одну из наиболее часто встречающихся форм периферической полинейропатии не только в общей популяции, но и среди детского населения, что требует настороженности со стороны врачей амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения (педиатров, врачей общей практики, детских неврологов, иммунологов). В развитии СГБ особую роль играют вирусы семейства *Herpesviridae*, преимущественно герпес-вирусные микст-инфекции с высокой активностью ВЭБ. СГБ одинаково встречается как у мальчиков, так и девочек. Ранняя диагностика СГБ и терапия иммуноглобулином G способствует замедлению прогрессирования заболевания, уменьшению инвалидизации больных и хорошему исходу.

^{1,2}Касирова Г.С., ^{1,2}Гайратова И.Б., ²Асадов С.У.

ЛЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ПАЦИЕНТОВ С ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

¹ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ

²ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Оценить влияние предшествующей ишемии миокарда на терапию и исходы у пациентов с инфарктом миокарда.

Материал и методы исследования. В данное исследование были включены 280 больных с инфарктом миокарда (ИМ), госпитализированные в кардиологические отделения ГУ «Республиканский клинический центр кардиологии» МЗиСЗН РТ за период 2022-2023 гг.

Результаты и их обсуждение. Из 280 пациентов с ИМ у 40 (14,3%) был диагностирован повторный ИМ. Эти пациенты были старше (69,5 лет против 64,2 лет; $p < 0,001$), чаще мужского пола, с большим количеством факторов риска (артериальная гипертензия, дислипидемия) и сопутствующими заболеваниями. Пациенты с повторным ИМ поступили на 25 минут раньше, чем пациенты с первым ИМ, чаще относились к классу III/IV по Killip (12,5% против 7,1%; $p < 0,001$) и с меньшей вероятностью получали рекомендованную в руководствах лекарственную терапию: аспирин (92,5% против 97,1%; $p < 0,001$), ингибиторы Р2Y 12 (75% против 82,9%; $p < 0,001$), статины (72,5% против 77,1%; $p < 0,001$) или прошли первичное чрескожное коронарное вмешательство (77,5% против 87,1%; $p < 0,001$). У этих пациентов во время госпитализации чаще развивались кардиогенный шок (7,5% против 5%; $p < 0,001$) и повторный инфаркт (2,5% про-

тив 1,25%; $p < 0,001$), а также наблюдалась более высокая общая смертность (10% против 5%; $p < 0,001$), чем у пациентов без предшествующего ИМ. Перенесенный ИМ был независимым предиктором внутрибольничной смертности у пациентов с ИМ (ОШ 1,27; 95% ДИ 1,05–1,53; $p < 0,001$). Подгруппа ($n=280$) наблюдалась в течение года после выписки (240 с первым ИМ и 40 с повторным ИМ при первичной госпитализации). Общая смертность составила 2,9% у пациентов с первым ИМ против 7,5% у пациентов с повторным ИМ (ОШ 1,68, 95% ДИ 1,14–2,47; $p < 0,05$).

Заключение. Пациенты, госпитализированные с ИМ, у которых ранее был ИМ, находились в группе высокого риска. Они часто обращались к кардиологам и имели менее характерные боли и чаще одышку. Они с меньшей вероятностью получали научно обоснованное лечение и имели худшие результаты в стационаре и в течение 1 года наблюдения. В связи с этим соблюдение установленных мер вторичной профилактики должно быть улучшено за счет регулярного последующего контроля и правильного назначения лекарств. Что касается стационарных условий, врачи должны быть осведомлены об этой группе пациентов с высоким риском инфаркта, чтобы предоставить им полный спектр современного лечения инфаркта, который уже глубоко изменил заболеваемость и смертность за последние годы.

Касымов А.О., Касымов О.И., Бухоризода К.М.

О ВЛИЯНИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

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

Цель исследования. Провести анализ исследований по оценке качества жизни больных гнездной алопецией.

Материал и методы исследования. Изучены работы, опубликованные за период с 1995 по 2021 годы, по базам данных: the Cochrane Library, Medline, Web of Science, eLibrary.ru, электронная библиотека диссертаций РГБ, Евразийская патентная информационная система, Национальная электронная библиотека. Дан ретроспективный анализ 15 ранее проведенных работ, в которых было охвачено 1150 взрослых больных ГА (мужчин – 544 человека, женщин – 606) в возрасте от 15 до 53 лет. В возрасте 15-20 лет были 315 (27,4%) больных (м – 144, ж – 171), от 21 до 30 лет – 433 (37,6%, м – 195, ж – 238), от 31 до 40 лет – 278 (24,2%, м – 133, ж – 145), старше 40 лет – 124 (10,8%, м – 72, ж – 52).

Результаты и их обсуждение. Из 10 применяемых различных критериев оценки КЖ наиболее чаще встречались дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), который был использован в 7 работах, и краткая форма оценки здоровья SF-36 (Short Form 36) – в 6. Были обнаружены 2 критерия КЖ, специфичных по ГА: индекс качества жизни при ГА и шкала оценки влияния симптомов ГА. Анализ ДИКЖ показал, что у 36,3% респондентов влияние ГА на КЖ было от среднего до экстремально большого. Скорость выпадения волос, возраст, сопутствующие

заболевания и депрессия значительно ухудшали показатели ДИКЖ.

Анализ опросников SF-36 выявил уменьшение многих показателей КЖ у больных ГА в сравнении со здоровым населением (50 ± 10), в частности в сфере ментального (психического) здоровья ($45,7 \pm 10,1$), социальной активности (готовность к деятельности: трудиться, творить, участвовать в различных мероприятиях и т.д.; $45,8 \pm 10,9$) и жизненной энергии (желание жить и радоваться, что появляется при общении с людьми, правильном распорядке дня, занятии спортом и т.д.; $46,2 \pm 9,8$). Значительное ухудшение КЖ в сферах эмоционального и ментального здоровья, а также жизненной энергичности ($p < 0,001$) определено у больных с распространенным, торпидным к лечению течением ГА, среди пациентов младших возрастных групп. Установлено, что суицид чаще регистрируется у молодых пациентов мужского пола с впервые выявленной ГА, которым невыносимо жить даже с малейшими очагами облысения. Ношение парика оказывало положительный эффект на КЖ, а вовлечение в процесс в/ч головы, тревожность и депрессия – негативный.

Заключение. У больных ГА наблюдается значительное ухудшение показателей КЖ в сравнении со здоровым населением. Важно уделять особое внимание ментальному здоровью больных при лечении ГА.

Мирахмедова М.А.

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИНАГЛИПТИНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Кафедра эндокринологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

ГУ «Республиканский клинический центр эндокринологии»

Цель исследования. Оценить эффективность комбинированного препарата «Яклин Мет Лонг» у больных СД 2 типа с неудовлетворительным контролем гликемии.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовали 46 больных СД 2 типа с неудовлетворительным контролем диабета ($HbA1C > 8,5\%$) в течении 6 месяцев в амбулаторных условиях. Пациенты разделены на 2 группы. Длительность диабета в обеих группах составляет от 3 до 6 лет.

Первая группа 20 пациентов, помимо диетотерапии, получали метформин в дозе 1-1,5 г/сут. Вторая группа из 26 пациентов ранее до исследования принимали глимепирид 1 мг утром и метформин 0,5-1,0 г вечером.

Всем пациентам исходно определяли уровень глюкозы натощак, гликированного гемоглобина - HbA1C и ИМТ. Эти показатели оценивались через 6 месяцев после лечения. В первой группе утром назначался «Яклин Мет Лонг» 5 мг/1000 мг, вечером метформин 1000 мг.

Во второй группе оставили прежнюю терапию с увеличением дозы глимепирида до 2 мг и метформина вечером 1000 мг.

Результаты и их обсуждение. На момент начала терапии препаратом "Яклин Мет Лонг" 5 мг/1000 мг: в первой группе HbA1C - в среднем был 8,8%, во второй - 9,0%. За 6 месяцев лечения больных комбинированным препаратом "Яклин Мет Лонг" 5 мг/1000 мг в первой группе отмечалось достоверное снижение уровня гликированного гемоглобина в среднем на 1,1 % (от 8,8% до 7,7%), во второй группе также отмечено снижение показателей гликемии натощак, которое коррелировало с положительной динамикой гликированного гемоглобина, который снизился с 9,0% до 8,2%. Целевых значений гликированного гемоглобина ниже 7% в обеих группах достигнуто не было, однако в первой группе

пациентов было установлено отчетливое снижению массы тела, что положительно повлияло на уровень артериального давления. Положительным эффектом при приеме "Яклин Мет Лонг" было отсутствие эпизодов гипогликемии, в то время как во второй группе это осложнение терапии на фоне глимепирида было отмечено у троих больных. Из нежелательных явлений спустя 6 месяцев лечения Яклин Мет Лонгом было проявление диареи, тошноты, метеоризма у 2 пациентов, в связи с чем препарат был отменен.

Заключение. Препарат из группы инкретинов ингибитора ДПП-4 "Яклин Мет Лонг" 5 мг/1000 мг является эффективным у больных с некомпенсированным СД 2 типа в плане как снижения среднего уровня гликемии и гликированного гемоглобина, а также в динамике снижения массы тела.

Мирзокаримова Н.С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЛЕЙКЕМИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ASCARIS LUMBRICOIDES, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТНОГО АСПЕКТА

Кафедра внутренних болезней № 3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить особенности течения лейкемии, ассоциированной с *Ascaris lumbricoides*, в зависимости от возрастного аспекта.

Материал и методы исследования. Обследованы пациенты с хронической миелоидной лейкемией (ХМЛ) (n=79) в возрасте от 29 до 67 лет, из них мужчин было 45 (57,0%), женщин – 34 (43,0%).

Пациенты распределены на 2 группы: в I группу вошли пациенты в более молодом возрасте (от 29 до 45 лет), во II группу вошли больные среднего и пожилого возрастов (от 46 до 67 лет).

Проведены развёрнутый анализ крови, копрология, стерильная пункция, исследование сыворотки крови, костного мозга и ликвора (ПЦР и ИФА) на гельминты.

Результаты и их обсуждение. У пациентов II группы с ХМЛ, ассоциированной с *Ascaris lumbricoides*, токсико-аллергические реакции превалировали более

значительно по отношению I группы, в виде зуда кожных покровов (93% и 35%), уртикарных высыпаний (93% и 35%), приступообразных болей вокруг пупка (97% и 39%), появления тошноты (91% и 25%), рвоты (91% и 35%), снижение аппетита (93,0% и 50,0%), гипертермии (83,0% и 38,0%), диареи (70,0% и 33,0%), похудания (80,0% и 43,0%), гиперсаливации (71,0% и 23,0%) соответственно по отношению к пациентам I группы.

У пациентов II группы в большинстве случаев (98,0% и 39,0%) обнаружены анемия и тромбоцитопения тяжелой степени, по отношению к лицам I группы.

Заключение. У пациентов среднего и пожилого возрастов, страдающих ХМЛ, ассоциированной с *Ascaris lumbricoides*, токсико-аллергические расстройства, анемия и тромбоцитопения тяжелой степени превалируют более значительно, по сравнению с лицами более молодого возраста.

¹Муниева С.Х., ²Нуралиев У.С., ²Одинаев З.Г., ²Мансурова О.

СЛУЧАЙ АБСЦЕДИРУЮЩЕГО ПОДРЫВАЮЩЕГО Фолликулита Гоффмана

¹Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Городской центр кожных и венерических болезней г. Душанбе

Цель исследования. Описать клинический случай обращения пациента с абсцедирующим подрывающим фолликулитом Гоффмана.

Клинический случай. На кафедру дерматовенерологии с курсом косметологии «Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ» обратился пациент М., 20 лет с жалобами на высыпания на волосистой части головы с гнойным отделяемым, сопровождающимися чувством общего недомогания, болью. Считает себя больным более года, когда впервые появились небольшие узелки на волосистой части головы с гнойным содержимым. Обратился к семейному врачу по месту жительства. Были назначены антибактериальные препараты и мази, название которых не помнит. Отмечал улучшение состояния. Через два месяца высыпания вновь появились и стали увеличиваться в размере, появились болезненные ощущения в области высыпаний. Самостоятельно получал лечение по предыдущей схеме, однако результат был незначительный. Постепенно количество высыпаний увеличилось, а за два месяца до обращения появились аналогичные образования на лице. В последний месяц патологический процесс усугубился: появился постоянный субфебрилитет 37,5-38,0°C, болезненность и гнойное отделяемое усилились, что послужило поводом обратиться к специалистам.

Локальный статус при осмотре: патологический процесс на коже волосистой части головы и в области лица характеризуется ярко-красной эритемой со множественными фолликулитами, узлами диаметром от 2 до 4 см с гнойным содержимым, рубцами от прежних элементов, шелушением. Отмечаются очаги выпадения волос. Лабораторные данные показали лейкоцитоз и повышение СОЭ в общем анализе крови, остальные диагностические критерии и анализы были в пределах нормы.

Результаты и их обсуждение. Учитывая ярко-выраженную клиническую картину на волосистой части головы и лице, многочисленные гнойные узлы, наличие интоксикационно-воспалительного синдрома имелись показания к назначению системной антибиотикотерапии под прикрытием системных глюкокортикостероидов с последующим переходом на терапию системным изотретиноином. В течение двух недель от момента лечения отмечалось клиническое улучшение процесса, фолликулиты разрешились, узлы рассосались и сформировались небольшие рубцы. На фоне терапии изотретиноином в течение полугода процесс разрешился, рецидивов не наблюдалось.

Заключение. Выбор оптимальной тактики лечения не всегда прост. Перед врачами-дерматовенерологами стоит сложная задача дифференциальной диагностики и подбора терапии.

¹Муниева С.Х., ¹Самадзода У.С., ¹Шукурова М.А., ²Сайдаминов Н.И.

КАНДИДОЗ И ПАПИЛЛОМЫ У ЖЕНЩИН С БАКТЕРИАЛЬНЫМ ВАГИНОЗОМ

¹Кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Городской центр кожных и венерических болезней г. Душанбе

Цель исследования. Определить частоту встречаемости кандидоза у женщин с папилломавирусной инфекцией.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 30 женщин с папилломавирусной инфекцией. Для диагностики ПВИ и других инфекций были использованы современные методы: полимеразная цепная реакция (ПЦР), цитологический и гистологический методы, бактериоскопия вагинального мазка, окрашенного по Граму, бактериологический метод с посевами на специальные среды.

Терапию заболеваний, обусловленных ВПЧ, подбирали индивидуально после проведения лечения сопутствующих ИППП и коррекции вагинальной микрофлоры.

Результаты и их обсуждение. Под наблюдением находилось 30 пациенток с остроконечными и плоскими кондиломами влагалищной стенки и шейки матки, из которых 20 (66,6%) являлись носителями высокоонкогенных ВПЧ типов 16, 18, включая 7 (23,3%) женщин с сочетанием различных типов. У 10 (33,3%) пациенток были выявлены низкоонкогенные типы 6 и 11. У всех 30 женщин был

обнаружен кандидоз влагалищный. Всем было рекомендовано лечение клотримазолом. Тем пациенткам, у которых лечение было неэффективным, были рекомендованы другие средства. Лечение заболеваний гениталий, обусловленных папилломавирусом, проводилось по индивидуальным схемам после полного курса лечения кандидоза.

Заключение. Накопленный опыт показывает, что у большинства пациенток ПВИ сочетается с другими инфекциями нижних отделов гениталий. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности проведения микробиологического обследования пациенток с ПВИ влагалища и шейки матки, что позволяет в случае необходимости провести соответствующее лечение перед назначением терапии ПВИ гениталий, избежать возможных инфекционных осложнений и повысить эффективность лечения ПВИ. Наши исследования свидетельствуют о необходимости лечения дисбиоза влагалища перед деструкцией очагов ПВИ, так как правильная подготовка больных к этим процедурам способствует более качественной и быстрой эпителизации тканей.

Муниева С.Х., Таджибаев У.А., Абдухамидова З.А., Сафарова Ф.С., Одинаев З.Г.

ПСОРИАЗ ЛИЦА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

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

Цель исследования. Описать клинический случай обращения пациента с высыпаниями на коже лица и волосистой части головы.

Клинический случай. На кафедру дерматовенерологии обратился пациент К. 14 лет, у которого наблюдались высыпания на коже лица в течение года. Обращался к семейному врачу по месту жительства, были назначены наружные мазевые средства, однако эффекта не наблюдалось. Первые элементы наблюдались на коже правой щеки и по краю волосистой части головы.

При обращении к специалистам: высыпания локализовались на коже волосистой части головы в виде «псориазической короны», за ушными раковинами, на коже носа и щек, в области бровей. Элементы характеризовались папулами ярко-розового

цвета, на поверхности которых отмечаются серебристо-белые чешуйки. На коже лица элементы захватывали весь нос, а на щеках достигали диаметра 4-5 см. На коже в области бровей отмечалась эритема и шелушение. Псориазическая триада положительная. Субъективно больной жаловался на зуд и чувство стягивания кожи, повышенную чувствительность кожи лица и волосистой части головы. Также у молодого человека отмечалась раздражительность, агрессивность. Пациент обследован, все лабораторные исследования были в пределах нормы.

Больному рекомендована стандартная терапия. Помимо стандартной терапии назначен плазмаферез, на кожу лица – глюкокортикостероидный крем с салициловой кислотой один раз в день. Через неделю на коже лица наблюдалось улучшение про-

цесса: отсутствие шелушения, уменьшение гиперемии и инфильтрации. Также была рекомендована консультация психолога.

Заключение. Поражение кожи лица при псориазе, одном из наиболее распространенных дерматозов, традиционно считают относительно редким проявлением заболевания, особенно у взрослых больных. Чаще всего псориаз на коже лица наблюдается у

молодых людей в период возрастных гормональных нарушений, при распространенных поражениях кожи. На первый план у пациентов с проявлениями на лице выступают косметические изменения, которые ухудшают качество жизни. Лечение псориаза лица представляет сложности, а алгоритмов ведения пациентов с псориатическим поражением на лице разработано мало.

¹Музаффаров Ш.С., ²Махкамов К.К., ²Асламова Г.К., ²Зарипов А.Ш.

НАРУШЕНИЯ ИОННОГО БАЛАНСА У ПОЗДНИХ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

¹Кафедра детских болезней № 2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра неонатологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучить состояние ионного баланса у поздних недоношенных новорожденных со специфической внутриутробной инфекцией.

Материал и методы исследования. На базе отделения патологии новорожденных ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» было изучено содержание электролитов сыворотки крови (Na^+ , K^+ , Ca^{2+} , P) в организме 40 новорожденных детей, рожденных в срок от 34 до 37 недель, с положительными титрами IgG и IgM против токсоплазмы, цитомегаловирусной инфекции, герпетической и хламидийно-микоплазменной инфекций. В зависимости от клинической симптоматики, течения внутриутробной инфекции и применения модифицированной таблицы NEOMOD все дети были разделены на две группы.

Результаты и их обсуждения. У наблюдаемых детей отмечалась одышка (83,5%), цианоз носогубного треугольника (73,9%), серо-бледный оттенок кожи (49,0%), выраженный акроцианоз (4,3%), холодные на ощупь конечности (39,2%), участие вспомогательной дыхательной мускулатуры грудной клетки и крыльев носа в акте дыхания (37,0%), втяжение уступчатых мест грудной клетки при вдохе (32,3%) и выдохе (29,7%), вздутие живота (24,3%) и снижение оксигенации кожных покровов при пульсоксиметрии (22,0%).

При исследовании количества ионных показателей в сыворотке крови у недоношенных детей с тяжёлым течением ВУИ выявлено

некоторое увеличение концентрации ионов Na^+ ($149,7 \pm 1,9$ ммоль/л), по сравнению с аналогичным показателем контрольной группы ($145,2 \pm 2,0$ ммоль/л; $p < 0,01$). Содержание ионов K^+ у наблюдаемых детей первой группы имело тенденцию к снижению ($2,9 \pm 0,8$ ммоль/л), по сравнению с аналогичным показателем относительно здоровых новорожденных ($4,3 \pm 1,8$ ммоль/л; $p < 0,01$). Концентрация Ca^{2+} ($1,9 \pm 0,2$ ммоль/л) и неорганического фосфора ($1,1 \pm 0,2$ ммоль/л) у детей с тяжелой формой инфекций была несколько снижена ($p > 0,05$), по сравнению с новорожденными контрольной группы ($2,15 \pm 0,5$ ммоль/л и $1,1 \pm 0,2$ ммоль/л соответственно). Эти проявления свидетельствуют о дисбалансе натрия, калия, кальция и фосфора у детей при ВУИ.

У недоношенных новорожденных детей второй группы с очень тяжёлым течением ВУИ выявлено существенное повышение концентрации ионов Na^+ ($149,4 \pm 0,7$ ммоль/л) в сыворотке крови ($p < 0,05$). В противоположность отмечалось заметное снижение концентрации ионов K^+ ($2,9 \pm 0,7$ ммоль/л) в сыворотке крови этих же детей ($p < 0,01$). Наряду с этим наблюдалась явная тенденция к снижению содержания ионов Ca^{2+} и неорганического фосфора в сыворотке крови у наблюдаемых больных ($p < 0,01$) данной группы.

Заключение. У поздних недоношенных новорожденных детей на фоне ВУИ отмечались разносторонний дисбаланс ионных показателей в сыворотке крови, проявляю-

щийся выраженной гипернатриемией, гипокалиемией и гипокальциемией. Степень достоверности этих изменений зависела не только от степени недоношенности наблюдаемых детей, но также была связана

с течением ВУИ у поздних недоношенных новорожденных. Все вышеуказанные изменения свидетельствуют о необходимости коррекции электролитного баланса у поздних недоношенных новорожденных детей с ВУИ.

¹Мустафакулова Н.И., ¹Мухторзода А.Н., ²Мустафакулов С.С.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕМОФИЛИТИЧЕСКОЙ НЕФРО- И АРТРОПАТИИ

¹Кафедра внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра урологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить особенности поражения почек и суставов при гемофилии (ГФ).

Материал и методы исследования. Научное исследование проведено на кафедре внутренних болезней №3 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». Ретроспективно проанализированы амбулаторные карты, ретро- и проспективно - истории болезни находившихся на стационарном лечении пациентов (n=773). В 40,0% случаев гемофилия встречалась до 18 лет.

Исследовали уровни факторов VIII и IX, показатели гемостаза, мочевины и креатинина, скорость клубочковой фильтрации (СКФ), проводили пробы Нечипоренко, Зимницкого, Реберга и УЗИ почек, рентгенографию и МРТ и и КТ суставов, денситометрию.

Результаты и их обсуждение. Больные гемофилией «А» составили 615 человек (79,5%), гемофилией «В» - 158 чел. (20,4%). По течению заболевания ГФ «А» и «В» были с лёгким течением (37 чел., 4,7% и 53 чел., 34,1), среднетяжёлым течением (489 чел.; 63,2% и 67 чел.; 43,2) и тяжёлым течением (247 чел.; 32,0% и 30 чел., 19,3%). Гемофилическая нефро- и артропатия (ГН) развивались, в основном, при тяжёлом течении ГФ «А» и «В» и при прогрессировании заболевания характеризовались нарушением гемокоагуляционных показателей. У пациентов с ГФ «А» и «В» были обнаружены калькулезный пиелонефрит (67,0% и 35,0%), почечная недостаточность (63,0% и 29,0%) и гидронефроз (35,0% и 19,0%). В основном, были поражены коленные (31,0% и 7,2%), голеностопные (24,7% и 6,1%), локтевые (16,4% и 5,1%) и тазобедренные суставы (6,1% и 3,0%). Пациенты жаловались на

боли в поясничной области (95,0% и 56,0%), похудание (97,0 и 48,0%), олигоанурию (91,0% и 47,0%), повышение артериального давления (85,0% и 39,0%), дизурию (96,0% и 55,0%), кровотечения из носа (89,0% и 49,0%) и дёсен (77,0%), геморрагические высыпания (65,0%), диарею (89,6%), тошноту (79,0%), рвоту (57,0%), сонливость (53,0%), отечность суставов, наличие болей, местной температуры и покраснение в области суставов, ограничение движения в суставах, хромоту. Пальпаторно было обнаружено увеличение почек (79,0%). ГН сопровождалась устойчивой протеинурией, цилиндрурией, макрогематурией и достоверным увеличением уровня креатинина (30,5±3,7 мкмоль/л). СКФ была снижена почти в 2 раза (53,0±3,0 против 73,0±20,0). При эхографии почек обнаружены деформация чашечно-лоханочной системы и увеличение толщины почечной паренхимы (97,0% и 45,0%). На рентгенограмме - незначительное сужение межсуставной щели более 50% и появление единичных остеофитов. При КТ - единичные субхондральные кисты, умеренные склеротические изменения и выраженные остеопоротические изменения костной ткани.

Установлено снижение минеральной плотности костной ткани у пациентов с гемофилией «А», более значительное, по сравнению с пациентами с гемофилией «В».

Заключение. Таким образом, гемофилическая нефро- и артропатия у пациентов с гемофилией развиваются при прогрессировании почечной недостаточности и повышении степени поражения гемокоагуляционных показателей, что, несомненно, усугубляет течение заболевания.

Нарзуллаева А.Р., Урунбоева Д.С., Табаров А.И.

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучить особенности факторов риска осложнений инфаркта миокарда у женщин в сравнении с мужчинами.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 127 пациентов с инфарктом миокарда с и без подъёма сегмента ST, которые были разделены на 2 группы по гендерному принципу: 1-ая группа – женщины – 57 и 2-ая – мужчины – 70 чел.

Всем больным проводилось антропометрия, клиническое исследование, ЭКГ и ЭхоКГ, КАГ с расчётом при необходимости риска осложнений по шкале TIMI.

Наиболее часто встречающимися осложнениями у женщин явились аневризма левого желудочка, фибрилляция предсердий, фибрилляция желудочков, кардиогенный шок, у мужчин – фибрилляция предсердий, атриовентрикулярная блокада, аневризма левого желудочка и кардиогенный шок.

Результаты и их обсуждение. Из наиболее значимых для населения РТ факторов риска развития ССЗ отмечены: возрастной фактор среди женщин встречался в 31 (54,4%) случае, тогда как у мужчин – в 52 (74,3%) случаев ($p=0,02$), гиподинамия у 46 (80,7%) и 53 (75,7%), употребление табака 1 (1,75%) и 12 (17,1%) ($p<0,001$), ХПЭН – 31 (54,4%) и 26 (37,1%), ИМТ и ожирение встречались в 27 (47,4%) и 18 (25,7%) ($p=0,01$), артериальная гипертензия – 51 (89%) и 60 (85,7%), дислипидемия 26 (45,6%) и 22 (31,4%), нарушение углеводного обмена – 22 (38,6) и 23 (32,4%) соответственно. Встречаемость типичной стенокардической боли у женщин в 44 (77,2%) случаев и у мужчин 56 (80%) случаев, атипичного болевого синдрома – 21 (36,8%) и 17 (24,3%) и безболевого формы – 11 (19,3%) и 13 (18,6%), соответственно. Период госпитализации меньше 24 часов встречался чаще у женщин – 20 (35,1%), у мужчин – 17 (24,3%). ЭКГ-ое исследование показало, что патологический зубец

Q встречался у женщин в 24 (42,1%), у мужчин – в 45 (64,3%) случаев, \uparrow ST – в 21 (36,8%) против 33 (47,1%), \downarrow ST – в 18 (31,6%) против 15 (21,4%), отрицательный зубец T в 18 (31,6%) против 21 (30%) случаев. Среди женщин рубцово-некротические изменения задней стенки встречались в 8 (14,0%) случаев, передней стенки – в 16 (28,1%), у мужчин – в 17 (29,8%) и 28 (40%) соответственно. Среди женщин ишемическое повреждение задней стенки наблюдалось в 6 (10%), передней стенки – в 15 (26,3%), тогда как у мужчин – в 17 (24,3%) и 16 (22,8%) случаях соответственно. По данным ЭхоКГ, частота встречаемости ГЛЖ статистически более значима среди женщин, чем среди мужчин – 50 (89,4%) против 45 (64,3%), особенно ее концентрического типа – 32 (56,1%) против 27 (38,6%), у мужчин чаще встречается концентрическое ремоделирование – 19 (27,13%) против 3 (5,3%). По данным КАГ, поражения LAD и RCA в 2 раза чаще встречаются среди женщин 12 (92,3%) против 26 (37,1%) у мужчин, и 8 (61,5%) против 21 (30%) соответственно. У мужчин чаще, чем у женщин встречается поражение TrLCA 6 (8,6%) против 1 (7,7%) и LCX 6 (46,2%) против 16 (48,4%). В зависимости от количества вовлечённых сосудов 2-сосудистое и 5-сосудистое поражение встречается чаще у мужчин, а при 3- и 4-сосудистом поражении у них наблюдались окклюзии 2-х, 3-х сосудов. Среди обследуемых прогноз неблагоприятных исходов по шкале TIMI 26%-ая вероятность осложнений встречается чаще у женщин, чем у мужчин – 50% против 42,4%, однако у мужчин чаще встречается более серьёзный прогноз – 24,2% против 21,4%.

Заключение. Из значимых факторов риска, на которые необходимо обратить внимание при ведении женщин, являются ХПЭН и ожирение, отягощающим структурным компонентом осложнений является концентрическая гипертрофия левого желудочка, поражение LAD и RCA с более частым неблагоприятным прогнозом.

Раупова Р.И., Буриев Б.Б., Файзиев Б.Т., Аминова Ф.Н.

СТРУКТУРА АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ НЕФРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ Г. ХУДЖАНДА

Кафедра детских болезней с неонатологией Худжандского отделения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Провести анализ выявленных аномалий развития почек и мочевыводящих путей у больных детей.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 1834 больных в возрасте от 2 до 18 лет, находившихся на обследовании и лечении в нефрологическом отделении ДОКБ города Худжанда Согдийской области в период с 2020 по июль 2023 года.

Обследование пациентов включало в себя сбор анамнеза, клинические исследования крови и мочи, УЗИ почек, компьютерная и/или магнитно-резонансная урография.

У 131 (7,1%) ребенка были выявлены различные аномалии почек и мочевыводящих путей. Из них больные женского пола составили 92 (70,2%), мужского пола - 39 (29,8%) человек.

Из факторов риска, определяющих рождение ребенка с аномалией развития почек, были выявлены 18 (13,7%) женщин, страдающих пиелонефритом, удвоение почек - у 21%, поликистоз - у 12,5%, поясничная дистопия почки/почек - у 11,3%.

Результаты и их обсуждение. Анализ проведенных исследований показал, что врожденные пороки развития почек и мочевыводящих путей включают в себя как различные структурные, так и функциональные аномалии, от незначительных нарушений почечной уродинамики до заболеваний, несовместимых с жизнью.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс наблюдался у 27 (20,6%), гидронефроз - у 16 (12,2%) детей, поликистоз почек - у 7 (5,34%), удвоение

почек выявлено у 7 детей (5,34%), сужение прилоханочного отдела мочеточников - у 2,3%, гипоплазии почек - у 55 (42%), дистопия почек - у 6 (4,6%), единственная почка - у 3 (2,3%), нефроптоз - у 2 (1,5%), подковообразная почка - у 5 (3,8%) больных.

Клиническое значение аномалий развития почек определяется тем, что нередко создаются условия для нарушения оттока мочи и присоединения вторичных заболеваний.

В ходе анализа историй болезней обнаружилось, что у 46% детей развитие пиелонефрита имело место на фоне анатомических аномалий почек, который характеризовался упорным течением, нередко с повышением артериального давления (у 15 детей) и быстро прогрессирующей почечной недостаточностью (у 3 детей).

Все больные в последующем были проконсультированы врачом - урологом с целью уточнения показаний для хирургического лечения.

Заключение. Аномалии развития почек и мочевыводящих путей в популяции в основном преобладают у больных детей женского пола примерно в 2,5 раза.

В структуре аномалии почек и мочевыводящих путей основное место занимают гипоплазия, пузырно-мочеточниковый рефлюкс и поликистоз. Меньше всего отмечаются нефроптоз и врожденная единственная почка.

У 1/3 больных аномалии развития почек и мочевыводящих путей являются предрасполагающим фактором в плане дальнейшего развития пиелонефрита и хронизации патологического процесса.

Раупова Р.И., Садикова З.Т.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Кафедра детских болезней с неонатологией Худжандского отделения ГОУ ИПО в СЗ РТ

Цель исследования. Определить основные причины, изучить особенности клинических и лабораторных проявлений и способы лечения глубоко недоношенных детей с синдромом дыхательных расстройств (СДР).

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 30 историй болезни глубоко недоношенных новорожденных с СДР за период 2022-2023 гг. со сроками гестации 28-32 недели, госпитализированных в реанимационное отделение Городского родильного дома г. Худжанда. Обследование включало определение анамнеза, общего состояния новорожденного, общий и биохимический анализы крови, а также по показаниям - рентгенологическое исследование легких.

Результаты и их обсуждение. Глубоко недоношенные новорожденные с СДР рождаются в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, обусловленном дыхательной недостаточностью, неврологической симптоматикой, различной степенью перенесенной гипоксии и выраженной незрелостью при недоношенности.

При сборе анамнеза было выяснено, что среди матерей новорожденных с РДС преобладали женщины в возрасте 18-20 лет и позднего репродуктивного возраста (старше 36 лет). При общей оценке состояния здоровья матерей выявлено, что большинство женщин имели разную экстрагенитальную патологию. В два раза чаще всего преобладали инфекционно-воспалительные заболевания мочевыводящей системы (цистит, хронический пиелонефрит). 80% матерей страдали анемией тяжелой степени (Hb ниже 60 г/л).

Акушерско-гинекологический анамнез у всех женщин был отягощенным: самопроизвольные выкидыши и медицинские искусственные аборт наблюдались у каждой второй.

Беременности у всех матерей протекала с тяжелыми гестозами. Угроза прерывания беременности имела у 85%, ОРВИ во время беременности - у 55%, фето-плацентарная недостаточность - у 90%, мало- и многоводие - у 65% исследуемых. У каждой второй женщины отмечался гестационный пиелонефрит и артериальная гипертензия.

Течение родов было тяжелым у 40% матерей, родивших глубоко недоношенных детей. Преждевременное излитие околоплодных вод, отслойка нормально расположенной плаценты, преэклампсия тяжелой степени, длительный безводный период наблюдались у преобладающего большинства женщин.

При оценке тяжести дыхательных нарушений по шкале Сильверман выявлено, что у детей с глубокой недоношенностью отмечалась тяжелая ДН. Следует отметить, что у 20 глубоко недоношенных наблюдались признаки первичной сурфактантной недостаточности, а у 5 детей отмечались признаки врожденной пневмонии.

Все глубоко недоношенные новорожденные с РДС нуждались в кислородотерапии.

В общеклинических анализах крови, полученных в первый день жизни, ни у одного ребенка не было признаков воспаления. В дальнейшем у 5 (20%) новорожденных с врожденной пневмонией наблюдалась отрицательная динамика показателей крови в виде нейтрофиллеза, появления юных форм нейтрофилов, при этом отмечались клинические признаки нарастания тяжести дыхательной недостаточности. В ходе проведения дополнительных диагностических исследований 5 новорожденным был выставлен диагноз некротизирующего энтероколита.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки на 1-2-е сутки жизни проводилось всем детям с РДС. Наиболее частым признаком РДС на рентгенограмме было диффузное снижение прозрачности легочных полей, реже наблюдались полосы просветлений в области корня легкого (воздушная бронхограмма), а также наблюдались участки рассеянных мелких ателектазов, что подтверждало первичную сурфактантную недостаточность у глубоко недоношенных.

Лечение глубоко недоношенных детей с РДС проводилось в соответствии с национальными стандартами. Матери 12 новорожденных получили полный курс стероидной профилактики РДС, 8 - не полный. Женщинам в связи с декомпенсированной фето-плацентарной недостаточностью и развитием острой гипоксии плода антенатальная профилактика РДС не проводилась.

С целью купирования симптомов дыхательной недостаточности все дети с РДС получали респираторную терапию. Выбор метода респираторной поддержки определялся тяжестью дыхательных нарушений. Стартовая антибактериальная терапия была назначена всем глубоко недоношенным детям с РДС.

Заключение. Синдром дыхательных расстройств у глубоко недоношенных в раннем неонатальном периоде характеризуется изменением в системе сурфактанта, клиническая картина которых характеризуется пролонгированным развитием симптомов дыхательной недостаточности, рассеянными мелкими ателектазами, и симптомами воз-

душной бронхограммы с первых дней жизни. СДР является одной из главной причиной неонатальной смертности и инвалидности среди глубоко недоношенных новорожденных.

Считаем целесообразным введение сурфактанта для уменьшения частоты СДР, как это делается во всех родильных домах других государств.

*Салимов Б.М., Салимов Ш.Б., Шукурова М.Х.,
Гулямхайдарова Д.А., Бобоева Н.Р.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРБИНОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКРОСПОРИЙ

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

Цель исследования. Изучить эффективность системного аллиламинового антимикотика эрбинола (тербинафин) при лечении больных микроспорией.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 35 больных зооантропонозной микроспорией в возрасте от 6 до 14 лет (20 мальчиков, 15 девочек). В возрасте от 6 до 9 лет было 15 детей, от 10 до 14 лет - 20. Длительность заболевания от 3-4 недель до 2 месяцев была у 20 детей, от 2 до 4 месяцев - у 15. Микроспория только волосистой части головы была диагностирована у 18 больных, сочетанное поражение волосистой части головы и гладкой кожи - у 17. Типичная форма микоза отмечена у 23 больных, трихофитоидная - у 9, себорейная - у 3.

Диагноз зооантропонозной микроспории подтвержден микроскопически, люминесцентным методом, а также культурально - у всех больных наблюдался рост *M.canis*.

Эрбинол при массе тела больных до 40 кг назначался в дозе 125 мг один раз в сутки, при больше 40 кг - 250 мг. Местная терапия проводилась 2-5% настойкой йода и 20-33% серной мазью, один раз в неделю производилось бритьё волосистой части головы.

Результаты и их обсуждение. Лечение все больные перенесли хорошо. Только у двух больных в первые дни терапии отмечалась аллергическая сыпь, которая быстро прошла

после назначения антигистаминного препарата. Лечение оказалось эффективным у всех больных. Микроскопические анализы волос на грибки с очагов поражения через день начали проводить у всех больных с 10-го дня терапии. При первом отрицательном результате последующие анализы проводили через 4 дня. После 3 отрицательных анализов лечение прекращалось, и больных выписывали из стационара на диспансерное наблюдение.

Из 35 больных отрицательные результаты микроскопического исследования на 12 день терапии отмечено у 1 больного, на 16 - у 1, на 18 - у 2, на 20 - у 5, на 22 - у 8, на 24 - у 10, на 26 - у 9. Продолжительность лечения у 1 больного соответственно составила 22 дня, у 1 - 24, у 2 - по 26, у 5 - по 27, у 6 - по 28, у 9 - по 30, у 10 - по 32, у 8 - по 34. В среднем терапия эрбинолом у 35 больных микроспорией составила $31,4 \pm 2,1$ дня.

У всех больных кожа в очагах поражения полностью нормализовалась в среднем за 6-8 дней до окончания лечения.

Диспансерное наблюдение над больными в течение 3 месяцев подтвердило эффективность эрбинола.

Заключение. Наши исследования показали, что эрбинол дает не только отличные результаты при лечении больных микроспорией, но также сокращает сроки лечения и у подавляющего большинства больных не оказывает побочных действий.

Умаров С.К., Давлатова Г.Х.

ВЛИЯНИЕ ПРОПОЛИСА НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ЭТАНОЛОМ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Таджикистана» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить влияние прополиса на морфологические изменения печени у животных при хронического алкогольной интоксикации и дать оценку эффективности его применения как мембраностабилизирующего средства.

Материал и методы исследования. Прополис сырец (1 кг) был экстрагирован три раза с 70% этиловым спиртом при соотношении 1:10 в течение 72 часов при температуре 35° С и из полученного жидкого экстракта восстановлен в вакууме и получен высушенный остаток (456,2 г).

Для проведения эксперимента было использовано 75 белых беспородных крыс-самцов массой тела 140-200 грамм одного возраста, которые содержались в условиях университетского аквариума.

Изучено влияние продуктов прополиса на морфофункциональное состояние печени в условиях ее экспериментального алкогольного поражения. Была создана модель алкогольной интоксикации экспериментальных животных. С помощью методов проведены цитологические и гистологические исследования ткани печени подопытных крыс и ее морфологический расчет по методике Д.Э. Коржевского, А.В. Гилярова, 2005.

Результаты и их обсуждение. На 45-е сутки эксперимента в ткани печени животных с интоксикацией этанолом патоморфологические изменения характеризовались регенерационной гипертрофией гепатоци-

тов, гидропической и жировой дистрофией гепатоцитов, лимфоцитарной и гистиоцитарной инфильтрацией ткани печени. После терапии прополисом в дозе 5мл/кг два раза в течение месяца наблюдалось исчезновение крупно- и мелкокапельного ожирения гепатоцитов и частичное восстановление структуры ткани печени. После эксперимента животных подвергали эвтаназии с использованием нембуталового наркоза в дозе 35 мг/кг, введенного внутривенно. После разделки подопытных животных были взяты образцы внутренних органов (селезенка и печень). Печень крыс готовили по общепринятой методике; затем для цитологического исследования ткань окрашивали азуреозином. Срезы печени обезвоживали, пропуская их через серию концентрированных растворов изопропанола, а затем заливали в парафин. Для приготовления гистологических препаратов данным методом готовили блоки срезов толщиной 3 мкм, которые окрашивали эозином и гематоксилином.

Заключение. По результатам наших исследования влияния прополиса на состояние морфофункционального статуса печени при алкогольной хронической интоксикации в организме экспериментальных животных можно заключить, что введение изучаемого средства прополиса белым крысам в течение одномесячного лечения способствовало частичному восстановлению структуры ткани печени.

Умаров С.К.

ВЛИЯНИЕ ФОСФОГЛИВА НА ФЕРМЕНТЫ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии Таджикистана» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Экспериментально обосновать целесообразность использования фосфоглива, обладающего наиболее выраженными гепатопротекторными, антиоксидантными, эффектами для защиты организма от воздействия этанола при хроническом эксперименте.

Материал и методы исследования. В экспериментах на лабораторных животных использовано 66 белых беспородных крыс-самцов массой тела 140-200 грамм одно-

го возраста: первая группа (I) – контрольная (10); вторая группа (II) - животные с моделированием токсического поражения печени (ТПП) введением этанола, выведенные из эксперимента на 45-е сутки (20 крыс); третья группа (III) - животные с моделированием ТПП и леченые фосфогливом (20).

Результаты и их обсуждение. Содержание каталазы после введения этанола на 45-е сутки эксперимента достоверно уменьшилось. Снижение содержания каталазы в крови

крыс II группы на 66,8% ниже показателя интактной серии крыс. А уровень супероксиддисмутазы (СОД) в крови крыс II группы животных на 45-е сутки после введения этанола ниже интактной группы на 13,2%.

Нами выявлено, что на 30-е сутки эксперимента после введения фосфогиа активность каталазы и супероксиддисмутазы достоверно увеличились, по сравнению с таковыми II групп крыс на 44,8% и 11,5% соответственно.

Заключение. По литературным данным, у крыс с хроническим поражением печени этанолом образующиеся свободные радикалы в организме после лечения фосфогиом в дозе 10 мл/кг 2 раза в сутки в течение 30 дней может снизиться повреждение мембран клеток, остановиться апоптоз и развитие оксидативного стресса, а также нормализация активности ферментов антирадикальной защиты - супероксиддисмутазы и каталазы.

Урунова Ш.Д., Рахимова М.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАСЛА ЧЕРНОГО ТМИНА У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Кафедра терапии Худжандского отделения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Оценка эффективности и особенностей применения масла черного тмина у больных с остеохондрозом позвоночника.

Материал и методы исследования. В исследование включены 35 больных, страдающих головокружением и болью в спине и грудном отделе позвоночника различной интенсивности и этиологии. Средний возраст больных составляет 32-58 лет. Длительность болей составляла от 3 до 7 месяцев. Все больные находились на стационарном лечении в терапевтическом отделении областной клинической больницы имени Кутфиддинова С.К.

Всем больным перед применением препарата проводилась проба на переносимость. В начале лечения применялось масло черного тмина в дозе 4 мг в количестве 2 капсулы, который применялся орально на протяжении 15 дней. Перед началом терапии и через 14 дней после завершения лечения проводили клиническое обследование больных, с учетом выраженности болевого синдрома по визуально аналоговой шкале.

Результаты и их обсуждение. После использования масла черного тмина у 18 (51,4%) больных интенсивность боли снизилась после первого дня применения. Спустя 24 часа больные отмечали улучшение общего

состояния, которое сохранялась более суток, после перерыва капсул на вторые сутки интенсивность болей вернулась к исходному уровню, снижение показателей по ВАШ составило от $59,96 \pm 13,25$ до $29,37 \pm 13,86$ мм (p<0,01).

Анализ данных показал, что после первого и второго приемов отмечалось снижение длительности болей, по сравнению с контрольной группой. После первой недели приема черного тмина отмечалось снижение у максимального числа пациентов интенсивности болевого синдрома. Все больные были проконсультированы ревматологом и невропатологом.

Заключение. Таким образом, ступенчатое применение капсульной формы масла черного тмина с последующим переходом на капсулированную и гелиевую формы позволяет достигнуть высокой эффективности для снижения боли в спинном и грудном отделах позвоночника различной этиологии. При этом интенсивность и длительность болевого синдрома снижается. Более объективную картину позволяет получить непосредственный структурный опрос и ведение дневника болей. Дневник достовернее отражает частоту, продолжительность и интенсивность боли, дает возможность контролировать динамику лечебного процесса.

Урунова Ш.Д., Рахимова М.

ТЕЧЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТОВ

Кафедра терапии Худжандского отделения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Определение особенностей и характера головокружений у пациентов среднего и пожилого возрастов.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 52 больных, страдающих головокружением и головной болью различной интенсивности и этиологии, в возрасте 44 - 75 лет. Длительность головокружений составляла от 3 до 6 дней с жалобами на периодические головные боли. При этом профиль артериального давления в пределах нормы. Все больные находились на стационарном лечении в терапевтическом отделении областной клинической больницы имени Кутфиддинова С.К.

Больным были проведены МРТ головного мозга и консультации невропатолога.

В исследование включены пациенты с головокружением, связанном с вертебробазиллярной недостаточностью. Причинами головокружения могут стать заболевания кохлео-вестибулярного аппарата, заболевания внутренних органов, заболевания крови, сопровождающиеся нарушением равновесия.

Статистическая обработка данных проверена с помощью прикладного пакета «Statistika 8.0»

Результаты и их обсуждение. Были обследованы 52 пациента, страдающих головокружением. Средний возраст исследуемых составил 40 лет, женщин – 22, мужчин - 30. Более половины пациентов (58,5%) предъявляли жалобы на головокружение. 25 (16,4%) пациентов жаловались на системное головокружение в виде ощущения вращения.

При осмотре в межприступном периоде эти пациенты имели органические неврологические симптомы, а также нистагм или клинические признаки нарушения равновесия.

Все пациенты с системным головокружением прошли клиническое, отоларингологическое исследование с применением специальных проб. У 4 (2,6%) пациентов с системным головокружением при неврологическом осмотре были выявлены признаки вертебробазиллярной недостаточности и диагностированы следующие заболевания: вестибулярный нейронит – 1 случай, болезнь Меньера - 3 случая. Было показано, что решающую роль в патогенезе головокружения имеет такое свойство личности, как тревожная сенситивность. Если эффективные симптомы тревоги положительно коррелируют с выраженностью головокружения любого типа в силу высокой стрессогенности этого симптома, то тревожная сенситивность (повышенное внимание к положению тела в пространстве, сосредоточенность на соматических ощущениях при наличии субклинической неполноценности вестибулярного аппарата при мигрени) является симптом-образующим признаком. Головокружение с вертебробазиллярной недостаточностью может быть обусловлено различными заболеваниями периферического вестибулярного аппарата (болезнь Меньера, вестибулярный нейронит), что в нашем исследовании наблюдалось наиболее редко - 2,6% случаев.

Заключение. Правильная и ранняя диагностика головокружения при вертебробазиллярной недостаточности (ВБН) важна для предотвращения хронизации заболевания, обеспечения адекватного лечения и улучшения качества жизни пациентов. Наиболее эффективным лечением ВБН является сочетание медикаментозной терапии с проведением вестибулярной реабилитации.

Холиков З.Х., Хукумзода М.З.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТРАНАЗАЛЬНЫХ КАПЕЛЬ (ИСТАРАН) У БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

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

Цель исследования. Оценка эффективности использования капель «Истарана» в монотерапии аллергического ринита (АР) у детей школьного возраста.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 34 ребенка (14 девочек и 20 мальчиков) в возрасте от 8 до 14 лет с круглогодичным аллергическим ринитом. Больные методом рандомизации в виде подбрасывания монеты были распределены на 2 равных по количеству группы (основная и контрольная - по 17 человек соответственно).

Исследование включало этапы скрининга, недельного лечения и последующего наблюдения. Больным основной группы в течение недели проводили лечение интраназальными каплями «Истаран» в каждую половину носа 2 раза в день (утром и вечером). Больные контрольной группы в течение недели получали традиционную противоаллергическую терапию: диазолин по 1 таблетке внутрь 1 раз в день, нафтизин 0,1% по 2-3 капли в нос 4 раза в день, электрофорез эндоназально с 0,1% раствором димедрола.

Критериями включения детей в исследование являлись: наличие информированного согласия детей и их родителей на участие в исследовании их детей; мальчиков и девочек в возрасте от 8 до 14 лет, диагноз которых (круглогодичный АР) был подтвержден аллергологическим исследованием.

Критериями исключения служили: наличие других соматических заболеваний, являющихся противопоказанием для участия больных в исследовании или затрудняющих оценку результатов данного исследования.

В качестве критериев эффективности лечения определялось наличие или уменьшение клинической симптоматики, а также изменение риноскопической картины полости носа после проведенного лечения.

Результаты и их обсуждение. К концу лечебного периода у 15 (88%) больных основной группы отмечалось регрессирование и исчезновение таких симптомов, как заложенность и выделения из носа, чихание и зуд в носу. При риноскопии наблюдалось исчезновение набухания слизистой оболочки и носовых раковин полости носа. У 2 (12%) пациентов всё ещё наблюдалась заложенность носа за счет отека слизистой оболочки и носовых раковин. В то время как в контрольной группе у 12 (70%) пациентов к концу лечения помимо регрессирования таких симптомов, как выделения из носа, чихания и зуда в носу, всё ещё отмечалась назальная обструкция, обусловленная набуханием слизистой оболочки и носовых раковин носовой полости. У 5 (30%) больных все симптомы болезни все еще сохранялись и улучшения риноскопической картины не отмечалось.

Заключение. Таким образом, проведенное исследование показало, что применение интраназальных капель «Истаран» из группы ИКС в монотерапии, по сравнению с традиционным лечением, позволяет более эффективно и безопасно за максимально короткие сроки лечения и с использованием минимальных доз препарата достичь полной ремиссии круглогодичного АР у детей в условиях медицинского кабинета школы, что в свою очередь позволяет детям получать необходимую терапию без отрыва от занятий.

Холова З.У., Ахунова Н.Т., Чамилов Б.С., Меликова Н.А.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

¹Кафедра терапии с курсом геронтологии и гематологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

Цель исследования. Изучение эффективности этонерцепта в лечении больных с тяжелым вариантом ревматоидного артрита (РА).

Материал и методы исследования. В исследование было включено 14 больных.

При сравнении двух рандомизированных контролируемых исследований (РКИ): I группа больных возраст до 48 лет, 8 человек, длительность заболевания более 10 лет; II группа больные с ранним РА, 6 человек, при длительности заболевания более 3-х меся-

цев. Доля пациентов с низкой активностью заболевания была больше в I группе (РКИ – 8 чел.), что составило 57,1%.

Результаты и их обсуждение. У пациентов, ранее получавших препарат «Этанерцепт», отмечалось значительное снижение ИЛ-6 и РФ. Частые обострения заболевания отмечались во II группе (6 чел.), которые применяли препарат

«Этанерцепт» более 3х месяцев. Нежелательные явления, развившиеся во время лечения, в обеих подгруппах соответствовали таковым в общей исследуемой популяции.

Заключение. ЭТЦ реже других ингибиторов ФНО- α вызывает развитие инфекционных осложнений, но в целом обладает хорошей переносимостью.

Шукурова С.М., Ахунова Н.Т., Холов С.С., Меликова Н.А.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ И СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА В ПОПУЛЯЦИИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

¹Кафедра терапии и кардиоревматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Кафедра терапии с курсом геронтологии и гематологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

³ГУ НМЦ РТ «Шифобахш»

Цель исследования. Представить ретроспективный анализ клинико-иммунологического статуса болезни Бехчета в популяции Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Объектом для исследования послужил ретроспективный анализ медицинской документации 101 пациента, обратившихся (по направлению) в ревматологическое отделение ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» с подозрением на Болезнь Бехчета в 2024-2022 гг. Из всех направленных пациентов с подозрением на ББ была отделена группа пациентов с установленной ББ (n=62).

Среди больных с ББ мужчин было 38, женщин - 24, средний возраст 31,2 \pm 10,2 года, медиана длительности ББ – 67,2 [26,0;164,0] мес (около 6 лет). Все пациенты соответствовали классификационным критериям Международной группы по изучению ББ (ISGBD) (1990) и международным критериям ББ (ICBD) (2024). По индексу BDCAF (Behcet Disease Current Activity Form) – определялась степень активности ББ.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что наиболее частым симптомом, по поводу которого были направлены пациенты, были поражение полости рта - у 68 (67,3%), за которыми следовали поражение глаз – 32 (31,7%), поражение половых органов – 23 (22,8%), кожные проявления – 19 (18,8%), боли в спине – 11 (10,9%), поражение суставов – 9

(8,9%) и поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у 5 (4,9%).

Выявлено, что пациенты с ББ имели значительно высокую распространенность семейного анамнеза ББ - 7 (11,3%), по сравнению с пациентами без ББ 1(2,6%). У них также была значительно более высокая распространенность семейного анамнеза орального афтоза (35%), по сравнению с группой без ББ (17,9%).

Впервые выявлены предшествующие болезни факторы прогрессирования ББ - у 18 (29,03%), среди которых у 6 (33,3%) в анамнезе были частые ангины, у 3 (16,7%) - стрессовая ситуация, у 4 (22,2%) больных - переохлаждение, у 3 (16,7%) - стоматологическое вмешательство, у 2 (11,1%) - герпес. Другие больные не могли назвать причины, предшествовавшие ББ.

Гендерное исследование больных с ББ показал, что данная патология чаще встречается у мужчин и протекает тяжелее, чем у женщин. Дебют ББ у мужчин и женщин был приблизительно в одном возрасте, однако клинические проявления в дебюте в зависимости от пола имели свои особенности. По фенотипу ББ афтозный стоматит и кожные проявления встречались в равной степени как у мужчин, так у женщин. Язвы гениталий, поражение глаз и сосудов наиболее часто встречалось у мужчин. Из кожных проявлений фолликулитные, папуло-пустулезные

поражения наблюдались чаще у мужчин, а рецидивирующая узловатая эритема - у женщин.

Впервые изучен цитокиновый статус, проявляющийся повышением уровня провоспалительного цитокина ФНО- α и снижением концентрации противовоспалительного цитокина ИЛ-6.

Заключение. Установлено, что наиболее распространенными симптомами при ББ были кожно-слизистые поражения и увеит, а частота их встречаемости имела половую

избирательность. По фенотипу ББ афтозный стоматит и кожные проявления встречались в равной степени как у мужчин, так и у женщин. При этом язвы гениталий, поражения глаз и сосудов наиболее часто наблюдались у мужчин и имели тяжелое течение, по сравнению с женским полом.

Изучение иммунологического статуса больных с ББ способствует раннему выявлению ББ. Выявлена взаимосвязь результатов иммунологического анализа с клиническими проявлениями ББ.

Шукурова С.М., Зоидова Ф.М., Собирова О.М.

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЬНЫХ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

Цель исследования. Изучить морфофункциональную характеристику сердца у больных с иммуно-воспалительными ревматическими заболеваниями методом трансторакальной эхокардиографии.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили 45 пациентов с подтвержденными известными иммуно-воспалительными РЗ и 45 здоровых, сопоставимые по возрасту и полу, обратившихся в ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» за 2023-2024 гг. Каждая группа состояла из 7 (15,6%) мужчин и 38 (84,4%) женщин. Верификация диагнозов иммуно-воспалительных РЗ осуществлялась по существующим общепринятым критериям – системная склеродермия (ССД), системная красная волчанка (СКВ), ревматоидный артрит.

Всем больным проведена трансторакальная эхокардиография. Статистическая обработка клинического материала проведена методом общей и корреляционной статистики с помощью программного пакета SPSS 16.0 и Statistica 10.0 (StatSoft, USA).

Результаты и их обсуждение. Нами обследовано 45 пациентов с иммуно-воспалительными РЗ, включая СКВ (n=14), ССД (n=6), РА (n=25), а также 45 здоровых соответствующего возраста и пола. Длительность ревматических заболеваний составила в среднем $36 \pm 14,8$ месяцев. Существенных различий в ФВЛЖ и КДР ПЖ между пациентами и кон-

трольной группой не было ($53,9 \pm 6,1$ против $55,2 \pm 0,9$, $p > 0,05$ и $28,7 \pm 2,6$ против $28,1 \pm 1,7$, $p > 0,05$ соответственно). Однако КДР ЛЖ, КСР ЛЖ и размер ПП были значительно выше у пациентов с РЗ, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$). При этом у пациентов наблюдались достоверно более высокие диаметр НПВ и СДЛА, по сравнению с контрольной группой ($15,1 \pm 3,2$ против $12,1 \pm 2,1$, $p < 0,001$ и $30,6 \pm 8,5$ против $19,2 \pm 1,9$, $p < 0,001$ соответственно). При этом систолическая экскурсия плоскости трикуспидального кольца (СЭПТК) и систолическая скорость миокарда ПЖ были значительно ниже у пациентов, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$).

Заключение. Таким образом, результаты показали, что большинство параметров гемодинамики у больных с иммуно-воспалительными РЗ, кроме ФВЛЖ и КДР ПЖ, достоверно отличались от контрольной группы. Пациенты с иммуно-воспалительными РЗ могут иметь повышенный сердечно-сосудистый риск и возможность необратимых сердечно-сосудистых осложнений. Это диктует практическим врачам необходимость высокой настороженности, поскольку могут иметь место «тихие» изменения в сердце, влияющие на общий прогноз пациентов. Эхокардиография является безопасным и доступным инструментом для врачей, позволяющим на ранних этапах диагностировать структурные поражения и разработать адекватную тактику лечения.

Шукурова С.М., Курбонова Ф.У., Зоидова Ф.М.

ЧАСТОТА И РАННИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

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

Цель исследования. Изучить частоту и ранние предикторы легочной гипертензии у больных с системной красной волчанкой.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 32 пациента, обратившихся в кардиоревматологическое отделение «Комплекса здоровья Истиклол» за период 2022-2024 гг.

Верификация диагноза СКВ установлена в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов (EULAR/ACR, 2019 г.).

Все больные прошли полное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. ЛАГ измерялась путем расчета систолического давления в легочной артерии с помощью эхокардиографии, проводимой консультантом-кардиологом. ЛАГ определялась как среднее давление в легочной артерии 25 мм рт. ст. или выше путем расчета по формуле.

Результаты и их обсуждение. Нами было обследовано 32 пациента с СКВ, среди которых 27 (84,4%) женщин и 5 (15,6%) мужчин, средний возраст $32,3 \pm 11,7$ лет. Средняя продолжительность заболевания составила $23,1 \pm 29,6$ мес. Частота легочной гипертензии среди больных с СКВ составила 21,9%. У

больных с СКВ наиболее часто наблюдались язвы полости рта (56,3%), протеинурия (50%) и артрит (43,7%), а такие признаки феномена Рейно, легочная гипертензия, дискоидная сыпь и положительный ревматоидный фактор - встречались с частотой 25%, 21,9%, 18,7% и 12,5% соответственно. При оценке ассоциации различных клинико-иммунологических факторов с легочной гипертензией у больных с СКВ выявлены некоторые особенности. Предикторами, связанными с легочной артериальной гипертензией, у пациентов с СКВ были феномен Рейно, протеинурия и ревматоидный фактор со значительным значением $p < 0,05$.

Заключение. В нашем исследовании у 21,9% пациентов с СКВ наблюдались признаки ЛАГ, положительная статистическая значимость была обнаружена между такими предикторами, как феномен Рейно, ревматоидный фактор, нефрит и наличие ЛАГ. При наличии наблюдаемых предикторов необходима настороженность врача и своевременная диагностика ЛАГ с дальнейшей разработкой адекватной терапии.

Шукурова С.М., Носирова Ф.П., Махмудова Г.Н.

ГИПЕРУРИКЕМИЯ И ЕЕ СВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

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

Цель исследования. Оценить уровень мочевой кислоты в сыворотке крови и ее связь с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования. В исследование были включены 108 паци-

ентов с СД 2 типа, госпитализированные в эндокринологические отделения ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» в возрасте старше 18 лет, среди которых 65 (60,2%) мужчин и 43 (39,8%) женщины, средний возраст $56,4 \pm 9,01$ лет с диапазоном от 37 до 86 лет.

Результаты и их обсуждение. Распространенность гиперурикемии среди больных сахарным диабетом 2 типа составила 34 (31,5%). Концентрация мочевой кислоты в сыворотке крови была выше у мужчин (33,8%), по сравнению с женщинами (27,9%). Эти половые различия уровней мочевой кислоты объясняются влиянием половых гормонов из-за механизма эстрогена, способствующего экскреции мочевой кислоты. Более высокая распространенность гиперурикемии установлена среди пациентов с длительностью сахарного диабета ≥ 5 лет (41,2%), избыточной массой тела (ИМТ: 25-29,9 кг/м²) 52,9%, гипертонической болезнью (67,6%). Повышенное систолическое артериальное давление (СОШ: 4,4, 95% ДИ:

2,1–9,3), семейный анамнез СД (СОШ: 1,5, 95% ДИ: 1,2–2,5) и ИМТ ≥ 25 кг/м² (СОШ: 1,4, 95% ДИ: 1,1–3,7) были достоверно связаны с гиперурикемией.

Заключение. Распространенность гиперурикемии была высокой у пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Основными предикторами факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний были повышенное систолическое артериальное давление, семейный анамнез СД и ИМТ ≥ 25 кг/м², что позволяет своевременно диагностировать и лечить гиперурикемию. Наконец, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний необходимы для снижения заболеваемости среди пациентов с диабетом 2 типа.

Шукурова С.М., Одинаев П.Х., Рахматуллоев Х.Ф.

ФАКТОРЫ РИСКА И КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В АССОЦИИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

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

Цель исследования. Изучить частоту, детерминанты риска и сопутствующие заболевания у больных с хронической сердечной недостаточностью в ассоциации с фибрилляцией предсердий.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужило ретроспективное исследование медицинской документации госпитализированных пациентов в кардиореанимационное отделение ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» за период 2021-2023 гг. В исследование были включены мужчины и женщины старше 18 лет, которые обратились в отделение с ХСН, подтвержденной эхокардиограммой. Всего в исследование было включено 194 пациента с ХСН (106 мужчин (54,6%) и 88 женщин (45,4%), соответствующих критериям включения.

Результаты и их обсуждение. Из 194 обследованных больных с ХСН у 74 (38,1%) диагностирована ФП. У более половины больных - 44 (59,5%) - встречалась постоянная форма, персистирующая – у 26 (35,1%), пароксизмальная - у 4 (5,4%) больных с СН и ФП. Пациенты с одновременной ФП и СН имели достоверно положительный анамнез

ИМ, ИБС, диабета, гипертонии и перенесенного инсульта/транзиторной ишемической атаки (ТИА), но пол не имел значимой связи с ФП в сочетании с СН ($>0,05$). Среди пациентов с ФП 56 (75,7%) имели в анамнезе ИБС, 63 (85,1%) имели положительный результат на ИМ в анамнезе и 48 (64,9%) имели диабет. Ведущим сопутствующим заболеванием у больных с СН и ФП была АГ (n=51 (68,9%)), за ней следовали ХОБЛ (n=47 (63,5%)) и перенесенный инсульт/ТИА (n=49 (66,2%)). Только у 13 (17,6%) пациентов с СН и ФП в анамнезе было ЧКВ, у 4 (5,4%) ранее было АКШ. В группе больных ХСН в ассоциации с ФП сумма баллов по шкале ШОКС составила 3 (1; 4), что статистически достоверно выше, чем в группе ХСН без ФП – 2 (1; 4) балла.

Заключение. Таким образом, ФП и СН превратились в сложную, растущую эпидемию со значительной сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью. Эти два состояния похожи, но различаются факторами риска, патофизиологией и прогрессированием. Эти состояния могут усугублять друг друга, а их сочетание приводит к увеличению заболеваемости и смертности пациентов и

последующему неблагоприятному воздействию на использование системы здравоохранения. Необходимы дальнейшие исследования для характеристики этих прогностических

факторов в отношении временной взаимосвязи ФП и СН, а также подтипа СН, что может привести к улучшению стратегий лечения ФП и прогностических исходов.

Шукурова С.М., Рахматуллоев Х.Ф., Одинаев П.Х.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

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

Цель исследования. Представить эхокардиографическую картину наличия тромбов ушка левого предсердия у пациентов с фибрилляцией предсердий на амбулаторном этапе.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили 56 больных с постоянной фибрилляцией предсердий, наблюдаемых в амбулаторных условиях Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» в 2019-2022 гг.

Всем пациентам проводили чреспищеводную эхокардиографию по стандартной методике.

Результаты и их обсуждение. По результатам чреспищеводной эхокардиографии все пациенты (n=56) с ФП были разделены на две группы: I группа – 42 (75%) с отсутствием тромба в ушке левого предсердия; II группа – 14 (25%) с наличием тромба. Пациенты с наличием тромбоза УЛП имели высокую степень тромбоэмболического риска (CHA₂DS₂-VASc – 3,2±1,8) и геморрагического риска (HAS-BLED – 2,6±1,1), тогда как пациенты I группы имели умеренный тромбоэмбо-

лический и геморрагический риски (1,8±1,2 и 1,6±0,9 соответственно). Диаметр ЛП по данным чреспищеводной ЭхоКГ у больных с наличием тромба в УЛП составил 49,9±7,8, по сравнению с пациентами I группы (без наличия тромба УЛП) 46,6±5,5 (p<0,001), а диаметр ПП – 48,8±5,3 и 45,3±5,1 (p<0,001) соответственно. Средний систолический и диастолический объёмы ЛЖ у пациентов I группы составили 65,1±33,3 и 137,8±58,1 в сравнении с пациентами II группы – 78,4±50,3 и 143,3±5,9 соответственно. Кроме того, с помощью чреспищеводной ЭхоКГ можно было легко наблюдать пиковую скорость кровотока (ПСК), отражающую развитие стаза крови в УЛП. Нами было выявлено снижение ПСК у больных с тромбозом УЛП – 29,1±12,5 см/с, по сравнению с группой без тромбоза УЛП – 39,8±11,4 см/с (p<0,001).

Заключение. Наши данные показали, что при проведении чреспищеводной эхокардиографии больным с фибрилляцией предсердий пиковая скорость кровотока и спонтанное эхоконтрастирование могут быть приняты как предикторы тромбоза ушка левого предсердия.

Шукурова С.М., Рашидов И.М., Гоибназаров А.А.

СВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА С СЕРЬЕЗНЫМИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ СОБЫТИЯМИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

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

Цель исследования. Изучить связь между метаболическим синдромом и его компонентами со смертностью от всех причин и сердечно-сосудистыми исходами у пациентов с хронической болезнью почек.

Материал и методы исследования. Проведено проспективное исследование 250 пациентов с хронической болезнью почек, из которых у 161 (64,4%) исходно наблюдался метаболический синдром.

Результаты и их обсуждение. За период наблюдения в течение 6,5 лет 32 (12,8%) пациента умерли и у 37 (14,8%) пациентов произошли серьезные сердечно-сосудистые события. После расширенного анализа данных можно отметить, что пациенты с метаболическим синдромом имели более высокий риск смертности от всех причин (отношение рисков [ОР] = 1,26, 95% доверительный интервал [ДИ]: 1,04–1,54) и сердечно-сосудистых событий (ОР = 1,48, 95% ДИ: 1,22–1,79). Риск неуклонно возрастал с ростом числа компонентов метаболического синдрома (увеличение окружности талии, уровень глюкозы, триглицеридов,

гипертензия и снижение уровня холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП)): ОР на компонент = 1,09 (95% ДИ: 1,02–1,17) для смертности от всех причин и 1,23 (95% ДИ: 1,15–1,32) для сердечно-сосудистых событий. Это привело к получению коэффициентов опасности от 1,50 до 2,50 в случае присутствия четырех или пяти компонентов. Анализ отдельных компонентов метаболического синдрома показал, что глюкозный компонент приводил к наибольшему увеличению риска смертности от всех причин (ОР = 1,68, 95% ДИ: 1,38–2,03) и сердечно-сосудистых событий (ОР = 1,81, 95% ДИ: 1,51–2,18), за которыми следуют компоненты холестерина, ЛПВП и триглицеридов.

Заключение. Среди пациентов с хронической болезнью почек наблюдается высокая распространенность метаболического синдрома. Метаболический синдром увеличивает риск смертности от всех причин и сердечно-сосудистых событий. Уровни глюкозы и липидов в крови, по всей вероятности, являются основными факторами, влияющими на результаты.

РАЗДЕЛ III

ХИРУРГИЯ

¹Абдуолимов А.А., ²Мамажонов Б.С., ³Назирова С.Н.,

³Нарзулоев В.А., ³Шарифов М.С.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИМОЗГОВЫХ СОСУДОВ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

¹Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения

²Андижанский государственный медицинский институт

³Кафедра судебной медицины ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучить морфологическое состояние внутримозговых артериальных сосудов при цереброваскулярных заболеваниях.

Материал и методы исследования. Судебно-медицинские эксперты научно-практического центра СМЭ (филиал в городе Андижане) и научно-практического центра СМЭ (филиал в городе Фергане) в 2017-2023 провели гистологические и анатомо-морфологические исследования сосудов молодых и взрослых людей в центральной Азии.

Результаты и их обсуждение. Популяционные исследования со всего мира показывают, что за последние 40 лет цереброваскулярная ишемия, энцефаломалиция, чаще всего встречается у людей в возрасте от 49 до 55 лет. Учитывая, что 70-75% заболеваний сосудов головного мозга обусловлены гипертонической болезнью и ожирением и продолжают при ишемических синдромах головного мозга, большинство из них представляет собой атеросклероз сосудов виллисов альвеол, образующих основание мозга, и в дальнейшем выявлялись различные неврологические и когнитивные расстройства.

Локализация атеросклероза обусловлена поражением сосудов: передние нисходящие и передние мозговые артерии - 40-50%, внутренние сонные и дорсальные нисходящие артерии - 15-20%, мозговые артерии - 15-20%, базилярные и задние

мозговые артерии - 5%, головные артерии - до 4-9%.

У больных с далеко зашедшей АГ после среднего возраста в 50-55 лет различные стрессовые факторы вызывают сужение сосудов и хронические нарушения гемодинамики в виллизиевой петле. Обнаружены липидные пятна в эндотелии сосудов, образующих круг Виллизия.

Одним из сосудистых изменений, возникающих на фоне артериальной гипертензии, является развитие атеросклероза сосудов головного мозга и сужение внутреннего диаметра сосудов. В частности, в динамике дистрофических и склеротических изменений сосудистой стенки при гипертонической болезни последовательное повреждение анатомических слоев сосудистой стенки и атероматоз, являющийся основным морфологическим субстратом, приводят к образованию кист. Коллаген сосудистой стенки разрушается, происходит дефрагментация эластических волокон, теряется упругое сопротивление поверхности сосудистой стенки, возникает атеросклероз, что приводит к развитию атером и бляшек. Вместе с петлей Виллиса, самой крупной из передних нисходящих артерий.

Заключение. Повреждение компонентов волокна, деструкция и эластолиз сосудистой стенки, коллагенолиз, фибрино-мышечная дистрофия, возникновение очагов дисплазии и разрастание сосудистой стенки характерны для атеросклероза.

¹Абдулалиев А., ^{1,2}Икромов Т.Ш., ^{1,2}Ходжаева Дж.К.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ С ПЕРФОРАЦИЕЙ КИШЕЧНИКА

¹Кафедра анестезиологии, реаниматологии и детоксикации детского возраста ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Республиканский научно-клинический педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Выбор оптимального метода предоперационной подготовки у детей с перфорацией кишечника.

Материал и методы исследования. В основу данного исследования положены результаты клинического лечения 48 больных детей с перфорацией кишечника, находящихся на лечении в ГУ «Комплекс здоровья Истиклол». Возраст больных колебался от 20 дней до 15 лет. Новорожденных было 8 (16,7%), от 1 месяца до 1 года - 12 (25,0%), от 1 года до 5 лет - 14 (29,17%), от 6 до 10 лет - 6 (12,5%) и от 11 до 15 - 8 (16,7%) человек.

Больные были разделены на 2 группы: 1 группа - 20 (41,7%) пациентов, которым проведена традиционная предоперационная подготовка: отмена энтерального питания, ингаляция увлажненным кислородом, дезинтоксикационная, инфузионно-трансфузионная терапия, декомпрессия желудочно-кишечного тракта, антибактериальное лечение, медикаментозное воздействие на парез кишечника, ферменто- и иммуномодулирующая терапия; 2 группа - 28 (58,3%) больных, которым кроме вышеперечисленной терапии с момента госпитализации накладывали лапароцентез для проведения декомпрессии брюшной полости. Следует отметить, что по тяжести состояния дети обеих групп были идентичные.

Больным в дооперационном периоде проведен мониторинг кардиореспираторной системы, электролитов крови, удельного веса мочи, почасовой диурез, сатурации гемоглобина кислородом. Определяли Нв, Нт, общий анализ крови, коагулограмму, АД, ЧСС, окружность брюшной полости, температуру тела, частоту дыхания.

Результаты и их обсуждение. Все дети поступали в клинику в крайне тяжелом состоянии с одинаковыми клиническими проявлениями болезни (гипертермия до 39-40°C, резкое вздутие живота, рвота кишечным содержимом, тахикардия по-

вышенно на $30 \pm 6,5\%$ в 1 мин, одышка в 2-4 раза превышала возрастную норму, SpO₂ - $80 \pm 4,0\%$, АД < $30 \pm 10\%$ возрастной нормы, удельный вес мочи - 1025 - 1038, минутный диурез - 0,5 мл/кг/мин.

Все дети были госпитализированы в реанимационное отделение, так как они все нуждались в проведении срочного оперативного вмешательства. Следует отметить, что преобладающим фактором развития тяжести состояния было ЦВД. С момента госпитализации начата предоперационная подготовка. Больным 1-ой группы (20) была проведена традиционная предоперационная подготовка, больным 2-ой группы (28) с момента поступления произведен лапароцентез под общим наркозом. После вставления трубки в брюшную полость отмечено обильное выделение выпота из брюшной полости и под напором выделился воздух. После проведения манипуляции состояние больных в кратчайший период улучшилось: живот сразу спал, дыхание стало свободное, ровное, одышка резко уменьшилась, повысилась сатурация гемоглобина кислородом до 92-96%, наблюдалось повышение АД < $21 \pm 5,6\%$ возрастной нормы, минутный диурез увеличился до 1-1,5 мл/кг/мин. Удельный вес мочи снизился до 1,010.

Необходимо отметить, что больные 2-ой группы были подготовлены к оперативным вмешательствам в течение в 2 часов, у больных 1-ой группы предоперационная подготовка продлилась до 5-7 часов. Состояние больных 1-ой группы удавалось стабилизировать тяжелее. У больных 2-ой группы операционный и послеоперационный периоды протекали относительно стабильно. Летальность среди больных 1-ой группы составила 12 (60,0%), среди больных 2-ой группы - 8 (28,6%).

Заключение. Таким образом, благодаря применения лапароцентеза в предоперационной подготовке её срок сократился до 2 часов, а летальность уменьшилась до 28,6%.

¹Азизов А.Х., ^{1,2}Вахобов А., ²Хамидов Д.Б., ¹Худойбердиев А.М., ¹Юлдашев Ф.Р.

ВЛИЯНИЕ МАЛООБЪЕМНОЙ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

¹Областная клиническая больница им. С. Кутфиддинова, г. Худжанд

²Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучение влияния комплексного многофункционального гиперосмотического раствора реосорбилакта на гемодинамику у больных с сочетанной травмой.

Материал и методы исследования. Исследовано 24 больных - Мужчин - 19 (30%), женщин - 5 (20%) - с сочетанной травмой с применением клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования.

Тяжесть состояния больных по шкале АРАСНЕ-2 составила $32 \pm 2,2$ балла.

Методика малообъемной инфузионной терапии заключается в перемещении жидкости в организме из-за осмотической разницы раствора из интерстициальной и клеточной жидкости в сосудистое русло для устранения гиповолемии.

Для малообъемной инфузионной реанимации применяли комплексный многофункциональный гиперосмотический раствор реосорбилакт в дозе 5,7 – 6,6 мл/ч (400,0 мл).

Показатели центральной гемодинамики определяли с помощью формулы Старра расчётным методом.

Исследованы следующие показатели гемодинамики: систолическое артериальное давление (АДсист.), диастолическое артериальное давление (АДдиаст.), среднее артериальное давление (САД), частота сердечных сокращений (ЧС), ударный объем сердца (УО), сердечный индекс (СИ), минутный объем кровообращения (МОК), объем пе-

риферического сосудистого сопротивления (ОПСС).

Контрольная группа – результаты исследования 30 здоровых людей.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследования показали, что у больных с сочетанной травмой во 2 стадии шока исходное систолическое давление было снижено на 68,0%, по сравнению с показателями здоровых людей, а диастолическое (АДдиаст.) снизилось на 63,0%, при этом ударный объем (УО) был снижен на 54,3%, ударный индекс (УИ) - на 35,0%, частота сердечных сокращений (ЧСС) увеличилась на 55,3%.

После малообъемной инфузионной терапии у больных с травматическим шоком исходное АДсист через 30 минут увеличилось на 14,0%, АДдиаст. - на 16,0%, УО - на 15,9%, ЧСС - на 12,0%, через 1,5 часа у этих больных АДсист. увеличилось на 23,5%, АДдиаст. - на 35,4%, УО - на 32,9%, а ЧСС снизилась на 22,1%.

Через 3 часа после малообъемной инфузионной терапии показатели гемодинамики приблизились к результатам здоровых людей, при этом АДсист. увеличилось на 31,8%, АДдиаст. - на 50,0%, УО - на 39,4%, а ЧСС снизилась на 27,1%.

Заключение. Малообъемная инфузионная терапия комплексным многофункциональным раствором реосорбилакт эффективно способствует восстановлению гемодинамики у больных с сочетанной травмой с травматическим шоком.

Акилов Х.Д., Камолов М.М.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

¹Кафедра хирургии с топографической анатомией и оперативной хирургией Худжандского отделения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Взрослое хирургическое отделения ГKB №1 г. Худжанда

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями.

Материал и методы исследования. На базе кафедры хирургии с топографической анатомией и оперативной хирургией ХО ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ» за период с 2019 по 2023 годы в хирургическом отделении ГКБ № 1 города Худжанда находились по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки 344 больных, осложнившейся гастродуоденальным кровотечением – 208. Превалировало соотношение мужчин - 185 (88,9%) больных, женщин - 23 (11,1%). Возраст больных колебался от 17 до 78 лет. 159 больных (76,4%) - пациенты от 17 до 60 лет - лица трудоспособного возраста, 49 (23,6%) - старше 60 лет. Основная масса больных поступила из близлежащих районов Согдийской области – 128 (61,5%), из города Худжанда было 80 (38,5%) человек. В анализируемой нами группе больных с кровотечением язвенного генеза анамнестические указания на язвенную болезнь имелись у 66% больных, у остальных 34% первым проявлением язвенной болезни явились гастродуоденальные кровотечения, по поводу которых больные госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии.

При острых желудочно-кишечных кровотечениях, сразу после госпитализации, необходимо было решить множество сложных задач: достоверно установить сам факт кровотечения, уточнить источник геморрагии, определить остановилось ли кровотечение или продолжается, оценить степень тяжести кровопотери; если кровотечение остановилось, то выяснить, насколько надежен гемостаз; выбрать тактику лечения.

Результаты и их обсуждение. Оценка тяжести кровотечения производилась на основании клинических проявлений и лабораторных данных с использованием следующей классификации: кровотечение легкой степени наблюдалось у 65 больных (31,3%), средней - у 59 (28,7%) и тяжелой - у 84 (40%). При поступлении в первые часы 202 больным (97,1%) произведена ургентная эзофагогастродуоденоскопия. Наиболее частой причиной явилась язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки - 115 (55,2%), язвенная болезнь желудка - 49 (23,5%), эрозивный гастрит - 21 (10,9%), гастродуоденит - 11 (5,3%), патологии не выявлено у 9 (4,3%) и 3 (1,44%) больных отказались от эндоскопического исследования. Из всех осмотренных больных методом эндоскопии у 19 (9,1%) в момент исследования выявлено продолжающееся

кровотечение, которое остановлено методом диатермокоагуляции. Из поступивших больных с гастродуоденальным кровотечением кровавая рвота отмечена у 152 (73,07%), дегтеобразный стул - у 98 (47,1%). При поступлении удовлетворительное состояние отмечено у 65 больных, средней тяжести - у 59 и тяжелой - у 84.

Всем пациентам с гастродуоденальным кровотечением лечение начинали с применения активной гемостатической терапии (покой и холод на эпигастральную область; викасол, кальция хлорид, аминокaproновая кислота, противоязвенная терапия, переливание одногруппной крови). Переливание крови произведено 143 больным (68,7%). Из 208 больных, поступивших с явлением гастродуоденального кровотечения, оперировано 64 (30,7%), остальные 105 (50,5%) не оперированы, 23 (11,05%) больных отказались от оперативного лечения, у 16 (7,6%) источник кровотечения не выявлен. На высоте кровотечения по жизненным показаниям в течение 1 суток оперировано 7 больных, до 3 суток – 3, остальные 54 оперированы на 10-15 сутки. По видам операции: лапаротомия, дуоденотомия, ушивание кровоточащей язвы – 29 (45,3%), резекция желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера–Финстера – 35 (54,7%).

В послеоперационном периоде наблюдались осложнения у 16 больных (25%); анастомозит – у 5, частичная несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки – у 4, ранняя спаечная непроходимость – у 1, панкреатит – у 3, кровотечение из анастомоза – у 1, абсцесс подпеченочной области – у 1, частичная несостоятельность гастроэнтероанастомоза – у 1. Из общего числа умерло 4 (1,9%) человека. Из оперированных 64 больных умерло 2 (3,1%): первый пациент после ушивания кровоточащей язвы на 5 сутки от необратимых изменений со стороны жизненно важных органов; второй пациент скончался от полиорганной недостаточности. Из числа неоперированных умерло двое: от геморрагического шока на фоне рецидива или продолжающегося кровотечения, которые категорически отказались от оперативного вмешательства.

Заключение. Таким образом, как по литературным данным, так и по нашим наблюдениям, частота гастродуоденальных кровотечений у лиц старше 60 лет составляет 23,6%. В связи с широким использованием эндоскопии стала возможной ранняя диагностика гастродуоденального кровотечения и своевременное решение вопроса об операции в экстренном порядке.

Акилов Х.Д., Камолов М.М.

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ СИНДРОМЕ МАЛЛОРИ-ВЕЙССА

¹Кафедра хирургии с топографической анатомией и оперативной хирургией Худжандского отделения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Взрослое хирургическое отделения ГКБ №1 г. Худжанда

Цель исследования. Провести анализ результатов лечения больных с синдромом Маллори-Вейсса.

Материал и методы исследования. В основу настоящего сообщения положены результаты обследования и лечения 61 больного синдромом Маллори-Вейсса, находившихся на лечении на базе кафедры хирургии с топографической анатомией и оперативной хирургией ХО ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ» в хирургическом отделении ГКБ № 1 г. Худжанда за период с 2019 по 2023 годы. Среди обследованных мужчин было 54 (89%), женщин - 7 (10%) в возрасте от 18 до 72 лет. Больные в возрасте до 50 лет составили 81%, преобладали лица мужского пола (84%). Почты все больные поступили в стационар в течение от 2 часов до 1 суток с момента начала заболевания, лишь шестеро поступили в стационар позднее суток. Больные направлялись в стационар чаще всего с диагнозами: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - 55 или цирроз печени - 5. В 14 наблюдениях направляющим диагнозом было указана желудочное кровотечение на почве синдрома Маллори-Вейсса. У 52 кровотечения наблюдалось в первый раз, у 9 - повторно.

Причиной заболевания у 50 больных была неукротимая рвота после приема алкоголя, у 7 - приступ бронхиальной астмы. У остальных 4 больных причина кровотечения не была установлена. Синдром Маллори-Вейсса у 39 больных возник на фоне гастрита, у 9 одновременно имелась язва двенадцатиперстной кишки, у 7 - хронический бронхит с астматическим компонентом и 6 человек страдали гипертонической болезнью.

Характерной клинической симптоматики для синдрома Маллори-Вейсса, по существу, нет. Наблюдаемые клинические проявления отражают лишь тяжесть кровотечения или наличие сопутствующих заболеваний. В диагностике заболеваний, кроме анамнеза, наиболее ценным исследованием оказалась экстренная эзофагогастродуоденоскопия.

При этом были обнаружены разрывы слизистой кардиального отдела желудка - в 28 наблюдениях, в брюшном отделе пищевода - у 25. У 8 больных разрывы слизистой имелись и в желудке, и в пищеводе. Все трещины были в продольном направлении длиной от 1 до 6 см, шириной - 0,3 - 0,4 см. Одиночные трещины наблюдались у 54 больных, по два разрыва - у 5, по три - в 2 наблюдениях.

Результаты и их обсуждение. Синдром Маллори-Вейсса остаётся одной из наиболее актуальных проблем неотложной хирургии в связи с некоторым увеличением удельного веса этого заболевания в структуре заболеваемости со всё ещё неудовлетворительными исходами как консервативного, так и оперативного лечения.

В последние годы интенсивно проводятся поиски новых технических подходов в разработке эндоскопических и коагуляционных методов гемостаза. Это связано с отсутствием единой точки зрения на патогенез развития и метода лечения синдрома Маллори-Вейсса.

Сущность этого синдрома состоит в образовании линейных разрывов слизистой оболочки желудка в области кардии с переходом в пищевод, сопровождающихся значительным кровотечением.

Механизм образования трещин слизистой оболочки кардии связывают обычно со рвотой, особенно после злоупотребления алкоголем, переизменением и поднятием тяжестей. Описаны случаи возникновения синдрома Маллори-Вейсса при сильном кашле, при закрытых травмах живота, посленаркозной икоте.

В момент осмотра кровотечения из разрывов слизистой продолжалось у 51 больного, оно было остановлено. Однако из 47 у 17 трещина слизистой была покрыта сгустком крови. При поступлении с целью гемостаза у 27 больных с трещиной кардии желудка произведена эндоскопическая диатермокоагуляция, которая оказалась наиболее эффективной. Кроме того, после местного исследования через эндоскоп или через назогастральный зонд вводили раствор амино-

капроновой кислоты в комплексе с другими гемостатическими средствами (введение викасола, хлористого кальция, дицинона, холод на эпигастральную область, промывание желудка, переливание альбумина, плазмы и эритроцитарной массы).

Применение зонда Блэкмора с гемостатической целью встречает возражение авторов в связи с угрозой дополнительных разрывов. Нами лишь в 4 случаях применён зонд Блэкмора при разрыве слизистой кардии желудка. Консервативная терапия оказалась эффективной у 57 больных, в 4 случаях в связи с продолжающимся кровотечением выпол-

нено оперативное вмешательство - ушивание разрыва слизистой желудка и пищевода. После операции умер один пациент из-за позднего оперативного вмешательства от необратимых последствий кровопотери.

Заключение. Таким образом, синдром Маллори-Вейсса является нередкой причиной кровотечения. Диагностика этого заболевания является сложной задачей. Активизация хирургической тактики является неперспективной, необходимо отдавать предпочтение эндоскопической диатермокоагуляции, которая является наиболее эффективной.

Акрами Шохона, Юсупова З.Х., Исмоилов Ф.Н.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТИРАЕМОСТЬ ЗУБОВ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ С ОККЛЮЗИОННЫМИ НАКЛАДКАМИ

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

Цель исследования. Оценить комплексную стоматологическую помощь больным с патологической стираемостью у взрослых.

Материал и методы исследования. В период с 2023 по 2024 г. на кафедре ортопедической стоматологии под наблюдением находилось 7 больных с диагнозом «Патологическая стираемость зубов» генерализованной и локализованной форм. Возраст больных составлял от 40 до 60 лет. Из них мужчин 5, женщин 2.

Всем больным по мере необходимости проводили рентгенологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. Клиническое наблюдение показало, что ортопедиче-

ское лечение у 3 больных (42,9%) с металлокерамическими конструкциями с цельнолитыми коронками в области первых моляров и центральных резцов с окклюзионными поверхностями приостановило дальнейший патологический процесс стираемости зубов, а у оставшихся больных (57,1%) с металлокерамическими конструкциями стираемость сократилась почти в два раза.

Заключение. Ортопедическое лечение патологической стираемости зубов с использованием металлокерамической конструкции с цельнолитыми коронками в области первых моляров и центральных резцов с окклюзионными поверхностями является оптимальным и более эффективным методом лечения.

Акрами Шохона, Юсупова З.Х., Мухидинов Ш.Д.

ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА «ВИПДЕНТАЛОМ»

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

Цель исследования. Изучить препарат «Випдентал» для лечения болезней пародонта и слизистой оболочки полости рта.

Материал и методы исследования. На базе кафедры ортопедической стоматологии было проведено клиническое изучение препарата «Випдентал» на пациентах с патологией пародонта и СОПР, находящихся на амбулаторном лечении.

Препарат применялся у 26 пациентов в возрасте от 18 до 43 лет (мужчины – 10 человек, женщины – 16). Основной нозологической формой являлся хронический локализованный пародонтит – 19 человек, катаральный гингивит – 7 человек.

Пациенты были распределены в две группы: основную (18 человек) и контрольную (8 человек). В основной группе для местного лечения применяли випдентал, а в контрольной группе лечение производили 0,02% раствором хлоргексидина биглюконата. Антисептики применяли в виде аппликации и инстилляций патологических карманов на протяжении 15-20 мин два раза в день, перед применением мы подогревали раствор «Випдентал» до 38 °С. Для выявления воспаления

использовали пробу Шиллера-Писарева. При определении стойкости капилляров десны по методу Кулаженко В.И. основывались на принципе учёта времени, в течение которого образуются гематомы.

Результаты и их обсуждение. Основным критерием, по которому оценивали эффективность проводимой терапии, была длительность лечения больного. Клинические наблюдения показали, что в основной группе признаки воспаления в десне стихали уже на третий день после начала применения препарата. Больные отмечали улучшение состояния: прекращались болезненные ощущения, уменьшалась подвижность зубов и кровоточивость десен.

Заключение. Применение раствора «Випдентал» отражает этиологический подход к комплексному лечению болезней пародонта. Местное использование «Випдентала» препятствует накоплению ассоциации микроорганизмов в пришеечной области пораженных зубов, в достаточной степени улучшает клинические проявления воспалительных заболеваний пародонта, имеет особенность непереносимости к прополису.

Алиева С.Д.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

ГОУ «Таджикский национальный университет»

Цель исследования. Изучение особенностей иммунологических проявлений бруцеллезной инфекции у беременных женщин.

Материал и методы исследований. Проведены проспективные исследования 58 беременных женщин с бруцеллезной инфекцией (основная группа) и 31 практически здоровой беременной женщины (контрольная группа). Критерии включения в основную группу: беременность, положительный тест на бруцеллезную инфекцию, информированное согласие для участия в исследовании. Критерии включения в контрольную группу: практически здоровые беременные женщины, нормальная репродуктивная функция. Критериями исключения из обеих групп были отсутствие беременности, наличие заболеваний тяжёлой степени, отрицательный тест на бруцеллез. Возраст обследованных

женщин основной и контрольной групп колебался от 23 до 42 лет, в среднем составляя $32,8 \pm 2,2$ лет и $31,7 \pm 1,8$ лет соответственно.

Производились общий и акушерский осмотры, общеклинические исследования, качественная реакция Хедельсона и Райта, серологический метод на бруцеллезные антитела, иммуноферментный анализ Ig A, M и G и CD3, CD4, CD8 и CD20-клеток и статистический анализ (Microsoft Excel и Biostat).

Результаты и их обсуждение. Из анамнеза женщин основной группы выяснилось, что они имели высокую частоту бесплодия (8/13,8%) и репродуктивных потерь в виде ранних (112/44,8%) и поздних (10/17,2%) самопроизвольных выкидышей; неразвивающейся беременности (50/20,8%), привычного выкидыша (47/18,8%) от общего количества беременностей. Основными

предъявляемыми жалобами женщин основной группы были боли в суставах (55/94,8%), общая слабость, быстрая утомляемость и снижение работоспособности (54/93,1%), вегето-сосудистые нарушения (42/72,4%) в виде расстройств сна, раздражительности, потливости, головокружения, эмоциональной лабильности и субфебрилитета. Таким образом, полученные результаты показали полиморфизм клинических проявлений и отсутствие специфических симптомов бруцеллёза, что затрудняет его своевременную диагностику.

Оценка субпопуляционного состава мононуклеарных клеток периферической крови в виде зрелых Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов показала достоверное их снижение по мере прогрессирования беременности: содержание Т-лимфоцитов CD3+ уменьшалось с 31,07±0,51% в I до 24,82±0,17% (p<0,001) во II и до 19,48±0,18% (p<0,001) в III триместрах гестации. Выявлены аналогичные снижения показателей Т-хелперов CD4+ и Т-цитотоксических CD8+ клеток в зависимости от увеличения срока беременности (CD4+ клеток: 28,89±0,13%, 22,26±0,09% и 17,47±0,13% (p<0,001) и CD8+клеток: 23,69±0,27%, 21,99±0,22% и 13,19±0,14% - соответственно в I, II и III триместрах гестации (p<0,001). Парал-

ельно происходит и снижение В-лимфоцитов - CD20+ клеток: 25,94±0,08%, 14,11±0,12% и 12,01±0,11% соответственно по триместрам, указывая на развитие иммуносупрессии. Оценка гуморального иммунного статуса показала, что у беременных женщин отмечается достоверное повышение Ig A и Ig M, достигающее 2,9±0,01 г/л (p<0,001) и 2,26±0,10 г/л (p<0,001) и снижение Ig G 10,59±0,18 г/л (p<0,001) к концу периода гестации, свидетельствующие о повышении показателей гуморального иммунитета, что указывает на активацию антителиозависимой клеточной цитотоксичности в условиях длительно персистирующей инфекции в организме женщин с хроническим бруцеллёзом, в то же время низкие значения Ig G позволяют предполагать низкую степень элиминации внутриклеточно расположенных бруцелл и их токсинов.

Заключение. У обследованных беременных женщин выявлены отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, полиморфизм клинических проявлений, дисфункция иммунной системы в виде снижения клеточного и повышения гуморального звена иммунитета, указывая на развитие хронического процесса в организме беременной женщины.

¹Ашуров Г.Г., ²Олимов А.М.

КЛИНИКО-МАТЕМАТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ ПЕРЕХОДОВ СОСТОЯНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

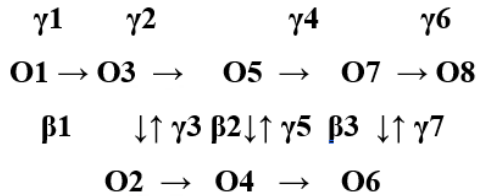
Цель исследования. Использование математической модели патогенеза воспалительных заболеваний пародонта у детей с расщелиной губы и нёба в пространстве состояний, позволяющая учитывать во времени влияние факторов риска и проводимых лечебно-профилактических мероприятий на показатели здоровья полости рта.

Материал и методы исследования. Для решения задачи такого характера в клинической стоматологии мы остановили свой выбор на предложении авторов (Корн Г. и соавт., 2011) использовать под-

ход пространства клинических состояний организма с применением математического аппарата марковских процессов. В связи с этим у детей с расщелиной губы и нёба условно выделим следующие основные состояния пародонта: 1 – интактный пародонт; 3 – хронический генерализованный гингивит легкой степени в стадии обострения; 5 – хронический гингивит средней степени в стадии обострения; 7 – хронический гингивит тяжелой степени в стадии обострения; 2 – хронический гингивит легкой степени в стадии ремиссии;

4 – хронический гингивит средней степени в стадии ремиссии; 6 – хронический гингивит тяжелой степени в стадии ремиссии; 8 – потеря зубов.

Графы возможных переходов пародонта из состояния в состояние показаны на рисунке, где γ_1, β_1 – интенсивности переходов пародонтологического состояния.



Рассматривая процесс развития воспалительных заболеваний пародонта, как марковский, его можно поставить в соответствие систем линейных дифференциальных уравнений для вероятностей состояний тканей пародонта при несращении губы и нёба. В качестве начальных условий для этой системы в зависимости от выделяемых пародонтологических диагнозов может выступать следующее: это равенство одной из вероятностей нахождения состояния тканей пародонта в момент времени ($t = 0$ или 1).

Результаты и их обсуждение. Среди актуальных проблем в области пародонтологии особое место занимает разработка обоснованных рекомендаций по применению лечебно-профилактических мероприятий. Решение этой задачи предусматривает наличие соответствующих клиничко-математических методов оценки их эффективности. В качестве математических методов широко применяют статистическую обработку клинических данных, детерминированные и вероятностные подходы к описанию и анализу развития воспалительных заболеваний. Известны математические модели для прогнозирования потребности в лекарственных препаратах, модели оптимального введения их в организм. Тем не менее, на сегодня известные клиничко-математические методы не в полной мере учитывают особенности патогенеза воспалительных заболеваний пародонта. К таким особенностям относятся закономерности развития заболеваний пародонта при несращении верхней губы и нёба во времени, зависимость лечебно-профилактического воздействия от формы нарушения (изолированная форма несращения верхней губы; сочетанные

формы несращения верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого нёба; изолированная форма несращения нёба) и возраста пациентов. Такие обстоятельства, на наш взгляд, затрудняют решение рассматриваемой задачи у детей с аномалией зубочелюстной системы, что требует использовать метод, позволяющий получить обоснованные рекомендации по внедрению лечебно-профилактических мероприятий среди указанного контингента детей.

К начальным состояниям в нашем случае могут относиться состояния тканей пародонта, равные 1-7. При этом интересующие нас состояния пародонтологического статуса у детей с расщелиной губы и нёба, возможно достигаемые при планируемых лечебно-профилактических мероприятиях, т.е. состояние тканей пародонта в стадии ремиссии (состояние 2, 4, 6). Для решения составленной системы дифференциальных уравнений относительно интересующих состояний при заданных начальных состояниях пародонта при несращении губы и нёба применим операторный метод.

Согласно операторному методу, с помощью прямого преобразования Лапласа система дифференциальных уравнений преобразуется в систему алгебраических уравнений, которая легко разрешается относительно изображений искомых вероятностей. Путем обратного преобразования Лапласа получаем оригиналы искомых вероятностей как функций от времени.

Искомые вероятности, помимо времени, также являются функциями интенсивностей переходов процесса в тканях пародонта из состояния в состояние. Значение интенсивностей переходов зависят от формы нарушения аномалии в полости рта и интегрированных лечебно-профилактических мероприятий стоматологического характера среди исследуемых пациентов.

Заключение. Таким образом, нами получены аналитические выражения для вероятностей нахождения функционально-патологического процесса в тканях пародонта в интересующих состояниях 2 (хронический гингивит легкой степени в стадии ремиссии), 4 (хронический гингивит средней степени в стадии ремиссии), 6 (хронический гингивит тяжелой степени в стадии ремиссии) в зависимости от времени при различных исходных пародонтологических диагнозах у детей с расщелиной губы и нёба.

Ашуров Г.Г., Шокиров М.К.

СОСТОЯНИЕ САЛИВО-ГОМЕОСТАТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОЛОСТИ РТА У ЛЁТНОГО СОСТАВА ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Проанализировать состояние саливо-гомеостатических факторов ротовой жидкости в условиях влияния неблагоприятных факторов авиационного полёта.

Материал и методы исследования. На базе Медико-санитарной части «Международный аэропорт Душанбе» среди 67 сотрудников лётного состава гражданской авиации проводилось исследование неспецифических гомеостатических показателей смешанной слюны (рН ротовой жидкости, скорости саливации). В качестве контрольной группы выступили 30 добровольцев из состава авиарботников наземной службы гражданской авиации.

Результаты и их обсуждение. Обеспечение безопасности полетов предполагает эффективное использование инновационного потенциала авиационной медицины как основы учета психофизиологических возможностей и характеристик лётного персонала в авиации для повышения профессиональной возможности лётчика и продления профессионального долголетия. В указанном аспекте особый интерес представляют подходы к обеспечению профессиональной надежности летного состава.

Авиамедицинские исследования в основном направлены на изучение влияния различных факторов на отдельные функции и состояние организма, оценку здоровья и работоспособности лётного состава. Рекомендации касаются в основном медико-психологического освидетельствования и поддержания работоспособного состояния летчика и нивелирования воздействия факторов полёта средствами защиты, тренировкой или отбором.

С учетом вышеизложенного, применительно к авиационной медицине

Республики Таджикистан не вызывает сомнения необходимость изучения состояния саливо-гомеостатических факторов у лётного персонала гражданской авиации в условиях воздействия неблагоприятных авиационных факторов.

Результаты изучения неспецифических гомеостатических показателей смешанной слюны (рН ротовой жидкости, скорости саливации) среди авиарботников лётного состава свидетельствуют о том, что среди обследованных лиц наблюдалась тенденция к ацидотическому сдвигу ротовой жидкости, средний показатель рН был $6,1 \pm 0,3$, что статистически значимо ($p < 0,05$) отличалось от данных авиарботников наземной службы ($pH = 7,1 \pm 0,2$). У всех осмотренных авиарботников основной группы наблюдали гипосаливацию. Скорость саливации среди авиарботников лётной группы составила $0,10 \pm 0,02$ мл/мин. При этом показатель саливации у авиарботников наземной службы (контрольная группа) в среднем составил $1,80 \pm 0,07$ мл/мин. Следовательно, у представителей контроля наблюдается статистически высокозначимые различия.

Заключение. Таким образом, критический уровень рН и гипосаливация депрессивно отражаются на гомеостазе смешанной слюны среди авиарботников лётного состава, что, несомненно, приводит к увеличению частоты проявления патологии органов полости рта. Профессиональная принадлежность к неблагоприятным факторам авиационного полёта является важным фактором риска возникновения стоматологических заболеваний, что позволяет отнести данную категорию лиц к третьей диспансерной группе с лечебно-профилактическими стоматологическими мероприятиями три раза в год.

^{1,2}Бокиев Ф.Б., ^{1,2}Камолов А.Н., ^{1,2}Маликов М.Х., ³Махмадкулова Н.А.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ВЫБОР СПОСОБА ГЕРНИОПЛАСТИКИ

¹ГУ “Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии” МЗиСЗН РТ

²Кафедра хирургических болезней № 2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино”

³Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии им. профессора М.К. Каримова ГОУ “Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино”

Цель работы. Изучение показателей внутрибрюшного давления и выбор способа герниопластики при коррекции больших и гигантских грыж живота.

Материал и методы исследования. В отделениях реконструктивной и пластической микрохирургии и эндохирургии РНЦССХ 134 пациентам выполнены различные варианты герниопластики с целью устранения больших и гигантских грыж живота. Послеоперационные грыжи имелись у 52 и гигантские - у 47 пациентов. В остальных наблюдениях (35) грыжи были первичными.

В 84,3% наблюдениях имели место грыжи передней брюшной стенки, боковые грыжи встречались реже, сопутствующая патология имела у 61% больных. В 21,6% наблюдений были выставлены показания к симультанным операциям.

В зависимости от вида грыжи, частоты рецидива размеры грыжевых ворот варьировались от $12,9 \pm 0,3$ см до $14,2 \pm 0,5$ см, средняя масса тела больных варьировала от $90,2 \pm 2,1$ кг до $92,7 \pm 2,3$ кг.

У 25 пациентов имело место ожирение, поэтому предоперационная подготовка занимала длительные сроки. У них средняя масса тела до операции составила $110,6 \pm 1,7$ кг, после подготовки - $95,0 \pm 1,3$ кг.

Результаты и их обсуждение. Величину внутрибрюшного давления измеряли у всех пациентов через катетер в мочевом пузыре. Выбор способа операции во многом зависел от величины внутрибрюшного давления. С учетом показателей внутрибрюшного давления 31 (29,2%) больному пластика осуществлялась по способу *in lay*. В 21 (7,5%) случае была осуществлена сепарационная пластика грыжевых ворот и 54 (20,7%) больным размещение протеза осуществилось *on lay* способом. Традиционные способы пластики грыжевых ворот осуществились 28 пациентам при сохранности мышечно-апоневротического слоя со

строгим учетом показателей внутрибрюшного давления. Показатели внутрибрюшного давления при первичных больших грыжах (W3) варьировались от $11,2 \pm 0,3$ мм рт.ст. до $14,8 \pm 0,2$ мм рт.ст., а при гигантских грыжах (W4) – от $12,8 \pm 0,3$ мм рт.ст. до $15,7 \pm 0,3$ мм рт.ст.. Наиболее высокие показатели внутрибрюшной гипертензии имелись при рецидивных грыжах, показатели колебались от $12,3 \pm 0,3$ мм рт.ст. до $16,0 \pm 0,2$ мм рт.ст.

В ближайший послеоперационный период после размещения протеза способом *on lay* нагноение раны мело место у 8 (14,8%) и *sub lay* – у 3 (14,2%) пациентов. Лишь в одном наблюдении *on lay* способа пластики производилось частичное удаление инфицированного протеза. Спустя 3 месяца имелся рецидив грыжи. После традиционных способов операции (28) раневые осложнения развились у 11 (32,8%) пациентов.

В 2 наблюдениях, при абдоминальном компартмент-синдроме, показатели внутрибрюшного давления соответствовали параметрам II степени гипертензии. В обоих наблюдениях проведенные мероприятия не дали эффекта и наступила смерть на 5 и 7 сутки после операции.

Рецидив после традиционных способов операции развился у 5, после комбинированной пластики – у 6 пациентов, после коррекции больших и гигантских грыж брюшной стенки ненапряжным способом рецидивы не наблюдались.

Заключение. Таким образом, определение показателей внутрибрюшного давления при коррекции больших и гигантских грыж живота является определяющим в плане выбора пластики грыжевых ворот. При коррекции первичных послеоперационных грыж больших размеров возможно использование местно-пластического ресурса, тогда как многократный рецидив патологии, гигантские грыжи требуют применения ненапряжных способов операции.

^{1,2}Гульмуратов У.Т., Шарипов З.Р.

СОВРЕМЕННАЯ МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

¹Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии имени профессора Гульмуратова Т.Г. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Цель работы. Улучшение результатов комбинированного хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей путем применения эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК), минифлебэктомии по методу Варади и склеротерапии.

Материал и методы исследования. Настоящее сообщение основано на результатах обследования и хирургического лечения эндовенозной лазерной коагуляции (ЭВЛК), минифлебэктомии по методу Варади и склеротерапии 450 больных с варикозной болезнью нижних конечностей в отделении хирургии сосудов РНЦССХ. Среди них женщин было 260, мужчин - 190 в возрасте от 22 до 60 лет. Длительность заболевания колебалась от 6 мес. до 5 лет.

Всем пациентам проведены общеклинические исследования, дуплексное сканирование подкожных и глубоких вен нижних конечностей, изучено состояние свертывающей системы крови (ПИ, АЧТВ, МНО и тромбоциты). По данным дуплексного сканирования отмечалась эктазия стволов малой и большой подкожной вен с вертикальным рефлюксом крови. Со стороны глубоких вен нижних конечностей патологии не обнаружено.

Показанием для ЭВЛК была варикозная болезнь нижних конечностей по классификации CEAP: С2 - у 400, С3 - у 50 пациентов. Процедура ЭВЛК 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 7–9 Вт. Под контролем ультразвука на уровне коленного сустава выполняли пункцию ствола большой подкожной вены с установлением интродьюсера 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 (1% раствор лидокаина 20,0 + 500 мл физ. раствор + 40 мл бикарбоната натрия), создавая плотную «подушку» вокруг облучаемого участка вены для местной анестезии. Далее на фоне автоматической тракции световода (0,75 - 0,5 мм/сек) проводили эндовенозную лазерную коагуляцию вены. После завершения ЭВЛК 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 ЭВЛК и минифлебэктомии мы производили пенную склеротерапию оставшихся мелких ретикулярных вен раствором этоксиклерола 10 мг/мл. Затем накладывали стерильные салфетки в области минифлебэктомии и надевали компрессионные чулки II степени компрессии. После процедуры ЭВЛК больным рекомендовали неспешную ходьбу в течение 30 минут. Повторный осмотр и дуплексное сканирование проводили через 1, 3 и 7 суток после операции. Рекомендовали ношение компрессионного трикотажа в течение 1 месяца.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов после ЭВЛК, минифлебэктомии по методике Варади и пенной склеротерапии этоксиклеролом 10 мг/мл достигнуты хорошие 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 возник у 1 больного на 30 сутки после операции, в анамнезе пациентка переболела COVID-19. Больная повторно госпитализирована и после консервативного лечения выписана домой. Ожоги подкожной жировой клетчат-

ки и кожи были у 3, стойкая парестезия - у 3 больных. Миграция световода случилась у 1 больного, ему произведены кроссэктомия и флебэктомия. Все осложнения были связаны с внедрением новых технологий в клинику в начале освоения новой методики. В течение 3 лет наблюдения за больными рецидивов заболевания не было.

Заключение. Комбинированное хирургическое лечение ХВН нижних конечностей ме-

тодом эндовенозной лазерной коагуляции, минифлебэктомией по методике Варади и пенной склеротерапии является современным, малотравматичным, эффективным, косметичным и безопасным методом лечения. При строгом соблюдении показаний ЭВЛК в сочетании с минифлебэктомией и пенной склеротерапией даёт хороший результат, косметический эффект и ускоряет реабилитацию пациентов.

¹Гульмурадов У.Т., ²Маркин С.С.

АППАРАТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ОШИБКИ ПРИ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии им. проф. Т.Г. Гульмурадова ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»
²Центр флебологии КБ РАН, Россия, Санкт-Петербург

Цель исследования. Анализ результатов анонимного опросника хирургов об аппаратных осложнениях и ошибках при операциях эндовенозной лазерной облитерации.

Материал и методы исследования. В опроснике анонимно участвовали 1558 хирургов. Были заданы вопросы по аппаратным осложнениям во время эндовенозной лазерной облитерации.

Результаты и их обсуждение. В результате 180 хирургов имели в своей практике ошибки, аппаратные поломки и проблемы с техническим состоянием и производственным браком используемых радиальных световодов. Часть аппаратных осложнений была связана с использованием повторной стерилизации одноразовых световодов - 65, часть осложнений - с повреждением световода иглой шприца или ангиокарда во время введения туменесцентной анестезии - 32 хирурга. Аппаратные ошибки и брак световодов возникли у 53 хирургов, связан-

ные с неопытностью начинающего хирурга, избыточная агрессия во время проведения световода в вену имелась у 30 хирургов. Также причинами аппаратных осложнений являлось отсутствие в клинике измерителя мощности световода в комплекте лазерной аппаратуры. Только каждый 6 из опрошенных имеет в своей клинике аппарат для измерения мощности световода и своевременно диагностирует заводской брак, разлом радиальных световодов или ошибку самого лазерного аппарата.

Заключение. Проанализировав результаты анонимного опросника проводящих эндовенозную лазерную облитерацию в своей практике 180 хирургов, выявлено, что основными ошибками, приведшими к аппаратным осложнениям, явились не соблюдение протоколов проведения ЭВЛО, повторная стерилизация радиальных световодов, повреждение световода иглой во время анестезии, технический брак световода.

¹Давлатзода Б.Х., ²Рахматова Р.А., ¹Хокиров Т.З., ²Гиёсов Х.А.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

¹ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»
²ГУ «Национальный медицинский центр РТ» - «Шифобахш»

Цель исследования. Улучшить методы терапии больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Материал и методы исследования. Проведен анализ медицинских карт 53 пострадавших детского возраста с тяжелой черепно-мозговой травмой (ТЧМТ), находившихся на стационарном лечении в отделении анестезиологии, реаниматологии, интенсивной терапии Государственного учреждения «Национальный медицинский центр РТ» - «Шифобахш» в результате дорожно-транспортных происшествий, в период с 2022 по 2023 г. Большинство пациентов - 27 (50,9%) - были в возрасте от 7 до 11 лет, мальчики составляли 66,0% (35 человек). В период до 30 минут от момента получения травмы поступило 43 (81,0%) пострадавших. Пострадавшие были разделены на две группы: основная - 33 (62,2%), контрольная - 20 (37,7%) больных.

При поступлении в клинику всем пострадавшим проводился комплекс клинико-лабораторных, электрофизиологических, рентгенологических, эхоэнцефалографических методов исследования. Проводили определение гемодинамических показателей, исследования уровня электролитов крови, биохимический, общий анализы крови.

Уровень сознания оценивался по шкале ком Глазго (ШКГ) в 6-9 баллов (кома 1-2 стадий). Оперированных в экстренном порядке, после определения внутричерепной гематомы, было 28 (52,8%) (по 14 в основной и контрольной группах). У 21 (39,6%) пациента коматозное состояние было обусловлено тяжелым ушибом вещества головного мозга (2-3 степени).

В основной группе (n=33) все наблюдаемые в остром периоде ТЧМТ находились на продленной ИВЛ в режиме CMV (FiO₂ - 40%, триггер - 3 л/мин, частота аппаратных вдохов - 24 в мин., с автоматической установкой параметров вентиляции по массе тела). Продолжительность респираторной поддержки составляла 30,0±2,5 часа с последующим «отлучением» от аппаратного дыхания посредством вспомогательных режимов ИВЛ (режимы SIMV, «спонтанное дыхание»).

В контрольную группу вошло (n=20) пострадавших, которым ПИВЛ в остром периоде ТЧМТ не проводилась. Этому контингенту больных осуществлялась традиционная медикаментозная противоотечная интенсивная терапия (осмодиуретики, салуретики, глюкокортикоиды) с введением сосудистых препаратов и активаторов метаболизма головного мозга. Церебропротекторы в контрольной группе не вводили.

В основной группе проводилась санация

трахеобронхиального дерева фибробронхоскопом сразу при поступлении, в процессе респираторной поддержки и перед экстубацией трахеи. Церебропротекторы, антигипоксантами в основной группе вводились. В обеих группах изначально осуществлялась массивная антибактериальная терапия, по спектру чувствительности.

Интенсивная терапия пострадавших с ТЧМТ была направлена на стабилизацию гемодинамических нарушений и обменных процессов. Оценка эффективности интенсивной терапии проведена у 41 (77,3%) пациента. У пострадавших с изолированной ТЧМТ суточный объем жидкости составил 17,6%±6,5 мл/кг, у детей с ушибом головного мозга средней степени - 30,03±5,4 мл/кг, при ушибе мозга тяжелой степени объем жидкости составил 55,5±11,7 мл/кг массы тела. Объем и темп преливания жидкости коррелировал с тяжестью состояния пострадавшего, фазой и степенью шока.

Интенсивная терапия пациентов с ТЧМТ проводилась по разработанной схеме, принятой в клинике: гидратация и дегидратация, т.е. с соблюдением принципа форсированного диуреза. Эффективность проведения интенсивной терапии оценивалась по регрессу неврологического дефицита и признаков эндотенной интоксикации в результате аспирационного повреждения дыхательных путей (аспирационный трахеобронхит, пневмония), мониторингованию одного из показателей кислородтранспортной функции крови (КТФК) - сатурации кислорода (SatO₂).

Результаты и их обсуждение. В основной группе, по сравнению с контрольной, результаты интенсивной терапии оказались гораздо лучше. Все больные с восстановившимся сознанием были сняты с ИВЛ без критического понижения SatO₂ в последующем. На фоне антибиотикотерапии также отмечалась положительная лабораторно-инструментальная динамика.

В контрольной группе восстановление сознания происходило медленнее. У 11 (20,7%) пациентов в связи с прогрессированием дыхательной недостаточности был осуществлен перевод на ИВЛ с целью санации трахеобронхиального дерева (гнойный обструктивный трахеобронхит). Данным пострадавшим проведена нижняя трахеостомия. Показатели SatO₂ длительное время в этой группе больных находились на критических уровнях, что требовало поддержания постоянной оксигенотерапии, лаважа трахеобронхиального дерева, в т.ч. с помощью санационной бронхоскопии. По лабораторно-инструментальным данным у пациентов контрольной группы выявлялся

стойкий гиперлейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, ускорением СОЭ. Это свидетельствовало о значительных эндогенной интоксикации и катаболизме, усугубляющих посттравматический отек головного мозга с грубым угнетением ЦНС (уровень сознания по ШКГ- 8-12 баллов). Продолжительность нахождения в реанимационном отделении по тяжести состояния больных контрольной группы, несмотря на лечение церебропротекторами, оказалась в 2-2,5 раза выше.

Заключение. Таким образом, залогом успеха интенсивной терапии посттравматического

отека головного мозга, осложненного поражением органов дыхания, являлся ранней перевод пострадавших на ИВЛ, продолжительностью 6-8 час. Использование в остром периоде ТЧМТ церебропротекторов, антигипоксантов и сосудистых лекарственных средств у пациентов основной группы оказало положительное влияние на течение травматической болезни головного мозга. Определяющим прогноз ТЧМТ явились мероприятия неспецифической интенсивной терапии наряду со своевременным и адекватно проведенным нейрохирургическим пособием.

Давлятов С.Б., Баходуров Дж.Т., Сулаймонов С.Ч., Мухаммади О.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НИКЕЛИД-ТИТАНОВОЙ ПЛАСТИНКИ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ У ДЕТЕЙ

Кафедра детской хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Оценить эффективность использования материалов из никелида титана при оперативном лечении воронкообразной деформации грудной клетки у детей.

Материал и методы исследования. Нами изучены результаты лечения 50 детей с врожденными воронкообразными деформациями грудной клетки. В возрасте 4-9 лет были 5 (10%), 0 - 14 лет - 20 (40%), 14 - 18 лет - 26 (52%). Мальчиков было 31 (62%), девочек – 19 (38%).

В своей работе мы использовали классификацию степени деформации по Гижитски. Согласно этой классификации, со 2 степенью было 12 (24%), 3 - 38 (76%) больных.

По клиническому течению, согласно классификации Н.К. Кондрашина, больные были распределены: с компенсированной стадией - 32 (64%), субкомпенсированной – 10 (20%) и декомпенсированной – 8 (16%). По внешнему виду различали симметричную – 40 (80%) и асимметричную – у 10 (20%) формы.

В алгоритм обследования детей ВДГК входили: внешний осмотр с определением глубины впадения, обзорная рентгенография органов грудной клетки, КТ, доплерография с определением центральной и легочной гемодинамики, спирография, ЭКГ, УЗИ сердца.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от проводимого метода торакопластики больные были разделены на две группы: I

группа - 20 (40%) пациентов, у которых при торакопластике использованы фиксаторы проволочного типа, изготовленные из никелид-титанового сплава, II группа – 30 (60%) больных, которым применялись пластинчатые фиксаторы из никелид-титанового сплава с памятью формы, индивидуально для каждого больного.

Для проведения пластины для коррекции воронкообразной деформации грудной клетки выполняются разрезы кожи и подкожной клетчатки до 3 см по передне-подмышечной линии в проекции V ребра с обеих сторон, за грудиною туннелизацию выполняют с помощью туннелизатора-проводника для проведения корригирующей пластины из никелида титана в ретростернальное пространство с последующей её фиксации к ребрам. Для безопасного проведения пластины в за грудинное пространство она охлаждается в закиси азота при температуре -160 °С. В результате проксимальный конец пластины, начиная от средней трети, свободно выправляется, пластине придаётся форма изгиба в противоположную сторону на 15 градусов, затем её проводят в за грудинное пространство. Пластина при температуре тела в течение 3- 5 минут принимает заданную первичную форму и корригирует деформацию грудной клетки.

Заключение. Представленная методика отличается малой инвазивностью и безопасностью, так как после изменения формы

дистального конца легко проводится в грудинное пространство и без ротации пла-

стины происходит коррекция деформации грудной клетки.

Додхоева М.Ф., Муродова Ш.М., Мардонова С.М., Ёрова Х.Х.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ РАЗРЫВА ПРОМЕЖНОСТИ ВО ВРЕМЯ РОДОВ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Оценить факторы риска развития разрыва промежности во время родов.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 18 случаев женщин в родильном отделении МЦ «Истиклол» и «ТНИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» г. Душанбе за 2023 - 2024 годы с разрывом промежности во время родов. Возраст больных колебался от 18 до 42 лет. Среди них 10 (55,5%) были в возрасте от 18 до 26 лет, 6 (33,3%) - от 26 до 34 лет, 2 (11,2%) - от 34 до 42 лет.

Больные были обследованы клинически и инструментально. На основании полученных данных оценено функциональное состояние органов малого таза и мышц тазового дна. Проведены клинико-лабораторные исследования крови, мочи и кала. Инструментальные методы обследования включали в себя влагалищное исследование, где были обнаружены органические и функциональные нарушения органов малого таза. Клинические исследования включали в себя проведение анкетирования (первые роды у женщин старшего возраста, задний вид затылочного предлежания, низкая промежность, кольпит, крупный плод, неправильное ведение родов, неправильная техника акушерских пособий, большая окружность головки плода,

продолжительность второго периода родов), интраоперационный визуальный осмотр, влагалищное исследование и аноскопия.

Результаты и их обсуждение. Все женщины были первородящие. У 8 (44,4%) наблюдалось развитие разрыва промежности II степени. Эти женщины имели в анамнезе многочисленные кольпиты, родили крупный плод, имела место неправильная техника акушерских пособий. У 6 (33,3%) имелся разрыв промежности III степени. Эти женщины в большинстве имели также кольпиты, крупный плод, длительный второй период родов. У 4 (22,3%) рожениц наблюдался разрыв промежности IV степени. Это были старые первородящие, имеющие малую длину промежности, задний вид затылочного предлежания плода, длительный второй период родов.

Заключение. Наши исследования показывают, что при первых родах у женщин разного возраста кольпиты, задний вид затылочного предлежания, малая длина промежности, крупный плод, неправильное ведение родов, неправильная техника акушерских пособий, большая окружность головки плода, продолжительный второй период родов являются факторами риска развития разрывов промежности II, III и IV степеней во время родов.

Ёров У.У., Назаров Х.Ф., Хасаналиева А.Х.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА У ДЕТЕЙ

¹Кафедра сестринского дела отделения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» в г. Бохтаре, Хатлонской области

²Медицинский центр «Хатлон», г. Бохтар, Хатлонская область

³Областная клиническая больница им. Б.Вахидова, г. Бохтар, Хатлонская область

Цель исследования. Анализировать эффективность применения диагностической лапароскопии в экстренной детской хирургии.

Материал и методы исследования. В медицинском центре «Хатлон» и Областной клинической больнице г. Бохтара за период с 2017 по 2023 г. экстренную диагностическую лапароскопию использовали у 41 больного, из них 28 детей с подозрением на острую хирургическую патологию брюшной полости и органов малого таза, а также при тупых травмах живота для исключения повреждения внутренних органов. Дети были в возрасте от 4 до 18 лет. Из них 17 мальчиков и 11 девочек.

Экстренная лапароскопия применялась для уточнения диагноза, проведения дифференциальной диагностики между заболеваниями и для определения характера повреждений органов брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. Наиболее актуальной и одной из сложных проблем экстренной хирургии остаётся ранняя диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и малого таза. Опасность развития грозных осложнений требует от хирургов применения всех возможных способов ургентной диагностики. Часто несоответствие клинической картины со степенью патоморфологических изменений в органах ведёт к неоправданной задержке операции, что отрицательно сказывается на результатах лечения. Поэтому диагностическая лапароскопия является более эффективным, высокоинформативным и миниинвазивным методом и позволяет чётко определить последующую тактику хирурга.

Из 28 больных у 9 лапароскопия произведена по поводу закрытой тупой травмы живота, у 3 наблюдаемых повреждения внутренних органов не выявлены; у 2 имелся поверхностный разрыв правой доли печени, зона повреждения покрыта сгустками крови, продолжающегося

кровотечения нет; у 1 больного выявлено изолированное повреждение печени и стенки тонкой кишки; у 1 ребенка обнаружен разрыв селезенки; у 1 больной - разрыв брыжейки тонкой кишки и у 1 больного - забрюшинная гематома. В 19 наблюдениях при заболеваниях органов брюшной полости, в 4 при лапароскопии острой хирургической патологии не выявлено; у 4 выявлена апоплексия яичника и сальпингоофарит; у 6 больных - атипичные локализации деструктивного аппендицита, в 2 наблюдениях диагностирована перфорация язвы двенадцатиперстной кишки, в 2 случаях при лапароскопии был обнаружен серозный выпот в брюшной полости и у 1 больного выявлены признаки пареза кишечника. Из 9 наблюдений при закрытых тупых травмах живота в 4-х случаях проведены санация и дренирование брюшной полости; у 2-х пациентов произведена лапаротомия и ушивание разрыва брыжейки тонкой кишки, у 3-х - санация и дренирование полости малого таза. Из 19 наблюдений в 6 случаях произведена аппендэктомия, у 2 больных выполнена клиновидная резекция яичника, у 2 больных произведена лапаротомия, спленэктомия с дренированием брюшной полости.

Заключение. Применение диагностической лапароскопии в экстренной детской хирургии способствовали точной диагностике при острой хирургической патологии органов брюшной полости, малого таза и повреждений внутренних органов при тупой травме живота, что способствует уменьшению процента нежелательных лапаротомии.

На основании нашего опыта мы считаем, что применение диагностической лапароскопии более информативное и экономически оправданное лечебно-диагностическое исследование, позволяющее планировать тактику оперативного вмешательства.

^{1,2}Икромов Т.Ш., ¹Саломов А.К., ¹Абдулалиев А.

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НАГНОИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА

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

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Определить степени операционно-анестезиологического риска у детей с хроническими нагноительными заболеваниями лёгких (ХНЗЛ).

Материал и методы исследования. Нами были использованы разработанные методы определения степени операционно-анестезиологического риска (СОР) у детей с ХНЗЛ по Т.А. Абдуфатову с соавт., 2000 г. По данной методике на базе кафедры детской хирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ мы определяли СОР у 105 детей с ХНЗЛ за период 2010-2018 годы. Детей с данной патологией в возрасте от 2 до 7 лет было 32 (30,4%), 8-10 лет – 35 (33,3%) и 11-15 лет – 38 (36,3%).

Детей с хроническим деформирующим бронхитом (ХДБ) было 18 (17,3%), бронхоэктазией односторонней – 54 (51,4%) и двусторонней – 19 (8,6%), хроническим абсцессом лёгких – 13 (12,6%), хронической эмпиемой плевры – 11 (10,1%). С I СОР было 12 (11,4%), II СОР – 45 (42,7%), III СОР – 39 (37,4%) и с IV СОР – 8 (8,5%) больных.

Определение показателя СОР у детей с ХНЗЛ включало 9 факторов: вентиляционную недостаточность (ВН), функции внешнего дыхания, pO_2 , pCO_2 , статическую податливость (СП) и эластичность (СЭ), легочную артериальную гипертензию, гемокоагуляционную функцию легких, явления эндобронхита, площадь поражения легочной ткани и возраст больных.

При поступлении больных в клинику в течение 2-3 дней определяли исходную СОР. Объем и длительность периоперационной подготовки (ПП) зависели от СОР.

Результаты и их обсуждение. У детей с ХНЗЛ с I СОР нарушения ВН, альвелярно-респираторная недостаточность и диффузионная способность легких оказались компенсированными, статическая податливость (СП) и эластичность (СЭ) снижены до 5%, а площадь поражения легочной ткани охватывает не более 2-3 сегментов. ПП детей с I СОР составляла от 6 до 8 дней, после чего проводилось оперативное вмешательство. При II СОР у детей с ХНЗЛ отмечались ВН, альвелярно-вентиляционная недостаточность и легочно-артериальная гипертензия I ст., снижение СП и СЭ 5-10%, компенсированная стадия нарушения гемокоагуляционной функции легких (ГКФЛ) и двустороннего катарального эндобронхита. ПП была направлена на коррекцию имеющегося нарушения с проведением санационной бронхоскопии эндобронхиальной и квантотерапией, аэрозольной терапии и ЛФК.

В результате проведенная ПП позволила 6 больным с деформирующим бронхитом, 26 больным с односторонней бронхоэктазией и у больных с хроническим абсцессом легкого уменьшить риск хирургического лечения, так что они были переведены с II СОР в I СОР. Продолжительность ПП с II СОР составила до 18 дней. У детей с III СОР нарушение проявилось в виде ВН 2 ст., снижения pO_2 – капиллярной крови до 70-59 мм рт. ст., pCO_2 – 40-45 мм рт. ст., СП и СЭ – на 10-15%, площадь поражения легочной ткани составляла 30-35%, нарушение ГКФЛ – в стадии субкомпенсации, двусторонний гнойный эндобронхит с явлениями эндотоксикоза. ПП заключалась в назначении постельного режима, аэрозольной терапии с ультразвуковым распылением лекарственных препаратов (УЗРЛП), парокислородной ингаляции лечебными травами, вибромассажа грудной клетки, постурального дренажа, диагностико-санационной бронхоскопии, квантотерапии, инфузионно-корректирующей терапии, антибактериальной терапии и ЛФК. В результате проведенной терапии 17 больных с односторонней бронхоэктазией, 5 больных с хроническим абсцессом лёгких и 3 больных с хронической эмпиемой плевры удалось перевести с III СОР на II и I СОР. Больные с IV СОР считаются неоперабельными.

Больные поступали в тяжёлом состоянии в стадии обострения с выраженными нарушениями функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, гнойным эндотоксикозом, гипопроteinемией, анемией, дистрофическими изменениями в миокарде, гнойным двусторонним эндобронхитом в стадии обострения, ВН III степени, снижением СП и СЭ больше, чем на 20%, повышенным парциальным давлением PO_2 – более 45-50 мм рт.ст. и нарушением ГКФЛ в стадии декомпенсации. ПП больным с IV СОР ХНЗЛ, кроме лечебных мероприятий, при III СОР проводили интенсивную терапию. В результате проведенной комплексной терапии удалось 9 больным с IV СОР перевести в III СОР. Продолжительность ПП составляла более 1 мес.

Заключение. Таким образом, результаты хирургического лечения зависят от правильной адекватно проведенной периоперационной подготовки. Объем и длительность ПП у детей с хроническими нагноительными заболеваниями легких зависят от степени операционного риска.

Икромова Г.Д., Файзиев И.Д., Хасанова Н.И.

ПРЕИМУЩЕСТВА РАННЕГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ

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

²Стоматологическая клиника «ИГНЭС», г. Худжанд

Цель исследования. Изучение результатов раннего устранения вредных привычек на дальнейшее развитие зубочелюстных аномалий.

Материал и методы исследования. Материалами исследования служили 18 пациентов в возрасте 4-8 лет, обратившихся в стоматологическую клинику «ИГНЭС» города Худжанда за период 2020-2024 годов. У данных пациентов, помимо зубочелюстных аномалий, присутствовали вредные привычки, такие как: сосание пальцев, языка, ручек и различных предметов, нарушение носового дыхания вследствие различных заболеваний ЛОР-органов (аденоиды, полипы, искривление носовой перегородки и др.). У 6 (33,3%) детей было обнаружено сосание пальца, нижней губы и различных предметов, у 12 (66,6%) детей имелось нарушение носового дыхания.

Устранение вредных привычек проводилось с помощью бесед с родителями ребенка и самим ребенком, при необходимости привлечения неврологов.

Результаты и их обсуждение. Из 6 детей с вредными привычками у 3-х удалось устранить эти привычки, в результате чего наблюдалась саморегуляция аномалий. Данные пациенты приходили на осмотр к врачу-ортодонту каждые 6 месяцев. При

каждом осмотре проводили фотопротокол. Путём анализа фото лица в фас и профиль, а также зубов пациента каждые 6 месяцев были установлены заметные улучшения, вплоть до устранения признаков аномалий в течение 4 лет. Остальным 3 (50%) детям не удалось устранить вредные привычки, им были использованы преортодонтические трейнеры, вестибулярные пластинки и другие профилактические аппараты. У этих детей вредные привычки были устранены полностью и в дальнейшем они нуждались в активном аппаратурном лечении.

Детям с нарушением носового дыхания лечение проводилось совместно с ЛОР-врачами. Полипы, аденоиды и другие заболевания лечили консервативным и хирургическим методами. Одновременно проводилось лечение зубочелюстных аномалий. У 12 детей, имеющих нарушения носового дыхания, были выявлены аномалии прикуса, в основном дистальный и открытый прикус, протрузии фронтальных зубов. В результате нормализации носового дыхания язык занимал первоначальное положение, что способствовало лечению зубочелюстных аномалий.

Заключение. Раннее устранение вредных привычек у детей способствует нормализации зубочелюстных аномалий в раннем возрасте.

^{1,2}Исомадинов Х.Г., ^{1,2}Раджабов Дж., ¹Юлдошев Х.Ф., ¹Султанов Э.Д.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНОГО КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

¹ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

²ЗАО «Дили солим» - «Бемористони байнал милалии Ибни Сино», г. Душанбе

Цель исследования. Обобщение результатов первого опыта выполнения одно-

моментной реваскуляризации миокарда и головного мозга.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты одномоментной ревакуляризации миокарда и головного мозга у 17 пациентов (средний возраст 67,2±6,8 лет; 76,5% мужчины) с сочетанным поражением коронарных и каротидных сосудов. У 17,6% пациентов имелся II, у 76,5% - III и в 5,9% наблюдений - IV классы стенокардии. В 82,4% случаев хроническая сосудисто-мозговая недостаточность носила симптомный характер.

Во всех случаях на первом этапе проводилась классическая каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) под местной анестезией с последующим выполнением прямой ревакуляризации миокарда в условиях искусственного кровообращения (n=10) или на работающем сердце (n=7).

Показаниями к одномоментной ревакуляризации головного мозга и сердца в наших наблюдениях явились: сохранение клинических проявлений ИБС на фоне консервативной терапии; поражение ствола левой коронарной артерии более 50%; пролонгированное и многососудистое поражение венечных сосудов по шкале SYNTAX > 23; сложная анатомия коронарных артерий, где невозможна имплантация стентов; выраженный кальциноз стенок коронарных сосудов; значимый стеноз/окклюзия внутренней сонной артерии с развёрнутой клинической картиной ХСМН; нестабильная изъязвленная атеросклеротическая бляшка внутренней сонной артерии вне зависимости от степени стеноза.

Результаты и их обсуждение. В большинстве случаев (n=14; 82,4%) после КЭЭ проводилась пластика бифуркации сонной артерии аутовенозной заплатой. Среднее

время пережатия внутренней сонной артерии составило 19,5±3,7 минут, средняя продолжительность вмешательства на каротидных сосудах – 55,2±8,6 минут.

Продолжительность пережатия аорты при коронарном шунтировании в условиях искусственного кровообращения составила 68,2±15,6 минут, искусственного кровообращения – 107,4±28,2 минут. В 94,1% случаев произведена полная ревакуляризация миокарда.

Нагноение раны отмечалось у 2 (11,8%) больных, транзиторная ишемическая атака - у 1 (5,9%) пациента, пневмония - в 1 (5,9%) наблюдении. Летальный исход зарегистрирован у 1 (5,9%) пациента.

Средняя продолжительность наблюдения за пациентами составила 24,6±4,4 месяцев. В это период инфаркт миокарда развился у 1 (5,9%) пациента, инсульт тоже в одном (5,9%) наблюдении. Трёхлетняя выживаемость составила 93,8%.

Заключение. Одномоментная открытая ревакуляризация головного мозга и миокарда является эффективной в плане профилактики и снижения частоты нежелательных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с сочетанными атеросклеротическими поражениями каротидного и коронарного русла. Малое количество выборки в нашем исследовании, а также недостаточность многоцентровых проспективных исследований по вопросу сравнения результатов одномоментного и поэтапного восстановления артериального кровоснабжения миокарда и головного мозга требуют продолжения научных исследований в этом направлении.

¹Каримов С.М., ²Эсанов М.А., ²Зарипов А.Р., ²Шарипов Х.С.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ДЕВИТАЛЬНЫХ ОПОРНЫХ ЗУБОВ В СИСТЕМЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОНСТРУКЦИИ

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить качество obturации корневых каналов опорных зубов, используемых под ортопедическими конструкциями.

Материал и методы исследований. С целью определения качества пломбировки корневых каналов опорных зубов, используемых под ортопедическими конструкциями,

и методов пломбирования каналов опорных зубов с учетом степени их заполнения у 289 пациентов (мужчин – 96 чел., женщины - 193) проведена obturационная оценка пломбирования корневых каналов в области 1042 зубов, находящихся под металлокерамическими протезами: 313 моляров, 300 премоляров, 259 резцов и 170 клыков.

Алгоритм обследования опорных зубов осуществлялся согласно рекомендуемому протоколу ведения больных при частичном отсутствии зубов. Каждая ортопедическая конструкция, а также опорные зубы были осмотрены визуально и обследованы рентгенологически согласно протоколу обследования пациента с несъемными ортопедическими конструкциями.

Результаты и их обсуждение. Проблема совершенствования эндодонтического лечения зубов с заболеваниями пульпы и периодонта долгие годы является одной из актуальных в стоматологии. Быстро развивающиеся современные технологии в стоматологической практике позволяют восстановить анатомическую форму зуба, а также его функцию при значительном разрушении коронковой части естественных зубов и даже их корней. При этом важным является эндодонтическое лечение, которое обеспечивает профилактику возникновения или устранения хронических периапикальных воспалительных очагов одонтогенной инфекции в системе функционирующего ортопедического протеза.

С учетом изложенного выше, изучение исходного значения девитальных опорных зубов в процессе их адаптации к функционирующим ортопедическим конструкциям является актуальной проблемой, требующей пристального внимания со стороны соответствующих специалистов стоматологического профиля.

При определении процента депульпированных моляров, покрытых ортопедическими конструкциями, выяснилось, что из 1073 зубов под супраконструкциями были депульпированы 1042 из них, что составляет 97,1%. Из 138 моляров верхней челюсти, покрытых ортопедическими коронками, 128 (56,9%) корневых каналов первого моляра были obturированы до физиологического уровня верхушки корня, 97 (43,1%) из них оказались с частичной obturацией. Для второго моляра верхней челюсти величина исследуемых показателей соответствовала значениям 101 (53,4%) и 88 (46,6%). Среди всех 414 исследуемых каналов корней в проекции моляров верхней челюсти, на которых установлены соответствующие коронки, в 55,3% случаев их obturация отмечалась до верхушечной части корня, в 44,7% случаев obturация корневых каналов оказалась неполной.

Среди 276 исследуемых каналов корней первого моляра нижней челюсти полная их obturация до апикальной части была отмечена в 149 (54,0%) случаях, в остальных 127 (46,0%) случаях она была неполной.

В общей сложности от общего числа 939 исследованных корневых каналов моляров верхней и нижней челюстей с наличием металлокерамических протезов в 509 случаях отмечалось полное пломбирование корневых каналов вплоть до апикальной части, в остальных 430 имелась частичная их obturация, что составляет 54,2% и 45,8% соответственно. Величина данных показателей для первого и второго моляров верхней и нижней челюстей соответствовала значениям 277 (55,3%), 224 (44,7%) и 232 (53,0%), 206 (47,0%).

Из 155 премоляров верхней челюсти под металлокерамическими коронками 83 (27,7%) приходится на первые премоляры, 72 (24,0%) - на вторые. Из 157 корневых каналов премоляров верхней челюсти, покрытых металлокерамическими коронками, только 105 (66,9%) запломбированы до верхушки, 51 (32,5%) канал премоляров obturирован частично и у 1 (0,6%) корневого канала пломбировочный материал выведен за верхушку. Значение исследуемых параметров для корневого канала вторых премоляров верхней челюсти, используемых под опору металлокерамических протезов, составило соответственно 49 (66,2%), 24 (32,4%) и 1 (1,4%). Величина исследуемых показателей у первых премоляров верхней челюсти составила 56 (67,5%), 27 (32,5%), при этом ни в одном случае пломбировочный материал не был выведен за верхушку.

Из 145 корневых каналов премоляров нижней челюсти, покрытых металлокерамическими коронками, 94 (64,8%) запломбированы до верхушки, 49 (33,8%) каналов премоляров obturированы частично и у 2 (1,4%) каналов визуализировалось завершушечное выведение пломбировочного материала. Величина исследуемых показателей у первых премоляров нижней челюсти составила соответственно 45 (57,7%), 32 (41,0%), в то время у 1 (1,3%) корневого канала пломбировочный материал выведен за верхушку.

Заключение. Таким образом, проанализировав частоту депульпирования и состояние опорных зубов, покрытых ортопедическими коронками, можно утверждать, что хотя эндодонтические методы постоянно совершенствуются, но частота достижения их успешности (регенерации периапикального очага деструкции) не соответствует интенсивности развития технологий и методик.

Касиров И.М., Олимов Т.Х., Шамсидинов Б.Н., Мухторова П.Р., Гулмуродова Т.С.

ОЦЕНКА ЗНАЧЕНИЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ БОЛЬНЫХ С ПОЛЛИПОЗНЫМИ РИНОСИНУСИТАМИ

Кафедра оториноларингологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Объективная оценка функционального состояния системы внешнего дыхания у больных с полипозными риносинуситами (ПР).

Материал и методы исследования. Вентиляционная функция легких исследована у 26 больных с ПР. Возраст больных был от 28 до 59 лет. Мужчин было 17, женщин – 9. У 16 пациентов процесс был двухсторонним, у 10 односторонним.

Объективная оценка функционального состояния системы внешнего дыхания у больных с ХР проводилась с помощью методик автоматической спирометрии. Для проведения автоматической спирографии использовался аппарат «Спиро С - 100». Исследование функции внешнего дыхания выполняли до лечения и через 3 - 6 мес. после комплексного лечения (хирургическое и медикаментозное). Определялись следующие показатели: ЖЕЛ, % долж; ОФВ₁, % долж; ОФВ₁ / ЖЕЛ, %; ФЖЕЛ, % долж; ПОС, %; МОС₂₅; МОС₅₀; МОС₇₅.

Результаты и их обсуждение. У пациентов наблюдались не только изменения окраски голоса и характера дыхания, но и ухудшение показателей ФВД. Заметное снижение показателей ФВД - ЖЕЛ ($p < 0,05$), ФЖЕЛ ($p < 0,05$), ОФВ₁ ($p < 0,01$), ПСВ ($p < 0,05$ и $p < 0,01$), МОС₅₀ и МОС₇₅ ($p < 0,05$ и $p < 0,01$) чаще встречалось у больных с ПР без сопутствующей патологии с обтурацией носовых ходов полипозными массами, что свидетельствует

о наличии сужения просвета верхних дыхательных путей, а у пациентов с односторонним закрытием носовых ходов полипозными массами выявлено умеренное снижение показателей жизненной ёмкости лёгких (ЖЕЛ, $p < 0,05$), форсированной жизненной ёмкости лёгких (ФЖЕЛ, $p < 0,05$) и объёма форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ₁, $p < 0,05$), по сравнению со здоровыми. Показатели ФВД, характеризующие объёмные и скоростные параметры, были достоверно ниже у пациентов с двухсторонним ПР, чем у пациентов с односторонним поражением носовых ходов, за исключением показателя МОС₂₅, отражающего бронхиальную проходимость на уровне бронхов крупного калибра, имело место недостоверное снижение показателя пиковой скорости выдоха (ПСВ), снижение показателей максимальных объёмных скоростей потока кривой, соответствующих 50% и 75% форсированной жизненной ёмкости лёгких (МОС₅₀ и МОС₇₅, $p > 0,05$)

Заключение. Полученные данные показывают, что у больных с ПР при отсутствии симптомов бронхоспазма выявлены функциональные симптомы нарушения бронхиальной проходимости, что свидетельствует об ухудшении проходимости дыхательных путей. Данные, полученные в ходе исследований, свидетельствуют о том, что выраженность нарушений бронхиальной проходимости в большей степени зависит от формы ПР и степени распространения процесса.

¹Касымова З.Н., ²Рахимбоева Н.У., ²Гафурова Д.А., ²Муминова Г.Ф.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД БАЛЛОННОЙ ТАМПОНАДЫ ПРИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

¹Курс акушерства и гинекологии Худжандского отделения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Согдийский областной родильный дом»

Цель исследования. Провести анализ эффективности применения альтернативного метода баллонной тампонады при акушерских кровотечениях в Согдийском областном родильном доме.

Материал и методы исследования. Проведены анализ годовых отчетов Согдийского областного родильного дома и проспективное исследование историй родов родильниц и течения раннего послеродового периода, осложнившихся гипотоническими кровотечениями, за I кв. 2024 г. За данный период в родильном отделении зарегистрировано 1509 родов. Возрастной контингент женщин варьировал от 20 до 32 лет, средний возраст составил $24,6 \pm 2,4$ года. Первородящих было 14,3%, повторнородящих - 85,7%, многорожавших - 28,6%.

Результаты и их обсуждение. Послеродовые кровотечения наблюдались в 34 случаях, что составило 2,2 %. За аналогичный период 2023 года количество кровотечений составляло 38 случаев (2,6%). Из числа всех кровотечений в 7 случаях была использована баллонная тампонада, что составило 20,6%, из них в 2-х случаях баллон использовался после кесарева сечения. В 28,6% случаях роды были преждевременными, в 71,4% случаях - срочными. Роды через естественные родовые пути произошли в 71,4% (5), кесарево сечение - в 28,6% (2). Течение беременности у обследованных пациенток протекало на фоне анемии легкой и средней тяжести в 71,4% случаев, у каждой третьей беременной отмечались гипертензивные осложнения. Многоплодная беременность наблюдалась у 54,1% женщин: двойня - у троих и у одной - четверня. В одном случае отмечалось рождение крупным плодом - 4200,0 г. Вышеперечисленные акушерские ситуации относятся к факторам высокого риска развития акушерских кровотечений. Объем кровопотери колебался от 600 мл до 1200 мл, в среднем он составил $1046 \pm 2,4$ (p<0,05) мл.

Маточный баллон применялся после неэффективности утеротонических препаратов (окситоцин, мизопростол), двуручного сдавления матки. Эффективность использования баллонной тампонады составила 85,7%. В одном случае по поводу продолжающегося кровотечения и неэффективности баллонной тампонады произведена гистероэктомия. Данной пациентке в экстренном порядке произведена операция кесарева сечения по поводу многоплодной беременности (четверня)

при сроке 34 недели и присоединившейся преэклампсии тяжелой степени.

Так как в родильном доме не было баллонного тампона заводского производства (Баллон Жуковского), нами был использован альтернативный метод данного устройства. В состав использованного набора входили катетер Фолле (№18) и презерватив. Катетер Фолле фиксировался в презерватив стерильным шовным материалом (шелк или викрил) и вводился в полость матки. Презерватив заполнялся физиологическим раствором натрия хлорида с помощью шприца Жане, и с увеличением внутриматочного давления достигалась тампонада сосудов матки. Механизм действия данного устройства соответствует принципу сообщающихся сосудов. Баллон (презерватив), принимая необходимую форму полости матки, обеспечивает атравматичность процесса и достигается компрессия венозных сосудов плацентарного ложа вне зависимости от локализации последнего. Остановка кровотечения произошла при наполнении баллона 500 – 700 мл раствора. Окончательный гемостаз достигнут у 6 пациенток (85,7%). Клиники шока не наблюдалось. Кровопотеря восстановлена кристаллоидами в соответствии с клиническими рекомендациями. В одном случае произведена гемотрансфузия. Проводился тщательный мониторинг за общим состоянием родильниц, сокращением матки и показателями гемодинамики. Всем родильницам проведена антибиотикопрофилактика инфекционных осложнений внутривенным введением цефалоспоринов I-II поколений. Маточный баллон удален спустя 6 часов из полости матки после остановки кровотечения и стабилизации гемодинамических параметров. Проводился ультразвуковой контроль за сокращениями послеродовой матки. Средняя продолжительность пребывания родильниц на койке составила $6,4 \pm 2,8$ дней. Все родильницы выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Использование альтернативного метода баллонной тампонады с помощью катетера Фолле и презерватива в нашей практике является эффективным, простым и недорогим методом остановки кровотечения, что позволяет в некоторых случаях избежать массивных кровопотерь в родах и сохранить репродуктивную функцию женщины. Исследование требует дальнейшего продолжения для точного анализа эффективности данного устройства.

Кахарова Р.А., Сироджев Д.Н., Рабиев А.Х., Баладжонов Ш.М.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Кафедра колопроктологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Оценка послеоперационных осложнений в зависимости от метода оперативного лечения хронической формы эпителиально-копчикового хода.

Материал и методы исследования. Изучены материалы результатов хирургического лечения 94 больных с хронической формой эпителиально-копчикового хода, находящихся на лечении в Городском хозрасчетном центре колопроктологии. Среди них мужчин было 75 (79,8%), женщин – 19 (20,2%), т.е. патология чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Возраст пациентов колебался от 18 до 42 лет (в среднем 20,5±1,5 лет).

Результаты и их обсуждение. Радикальная операция начиналась с введения метиленовой синьки в свищевой ход и после иссечения измененных тканей заканчивалась несколькими способами. Наложение «вертикального матрачного» шва по Рыжиху произведено 25 (26,6%) больным (закрытый метод). Иссечение свища и марсупиализация (ушивание краёв раны ко дну) - 14 (14,9%). Иссечение и Z-пластика - у 19 (20,2%) больных. Иссечение и открытое введение раны - у 36 (38,7%) пациентов.

В послеоперационном периоде отмечался один случай (1,1%) кровотечения, потребовавший хирургической остановки через 6 часов после открытого введения раны. В противоположность этому, кровотечение не возникло ни у одного больного после закрытого метода. Гематома в крестцово-копчиковой области отмечалась у 3 (15,8%) из 19 пациентов, которым произведена

Z-пластика. Нагноение раны отмечали у 2 (1,4%) пациентов после марсупиализации и у 5 (20%) больных после закрытого ведения раны. Поверхностное воспаление возникало у 3,2% больных с использованием закрытой техники. У 2,3% больных с Z-пластикой отмечались серомы, дренированные при помощи стерильной иглы и шприца. Также эти операции имеют высокий уровень развития послеоперационных осложнений и не имеют косметического эффекта, поэтому их следует считать неприемлемым для данного заболевания. Более простая операция с марсупиализацией и открытым ведением раны даёт возможность избежать формирования широких неэстетических лоскутов и имеет низкий уровень рецидивов заболевания. Наши наблюдения показывают, что рецидивы чаще всего наблюдаются при недостаточной радикальности оперативного вмешательства, а открытое ведение раны имеет наименьшее число послеоперационных осложнений и рецидива заболевания.

Заключение. Таким образом, наиболее частое осложнение оперативного лечения хронической формы эпителиально-копчикового хода – это нагноение раны, которые при наложении глухих швов вместе с лоскутами или без них может вызвать несостоятельность швов. Инфекция возникает реже, если рана открыта. Правильный выбор хирургической тактики с рациональными методами профилактики послеоперационных осложнений позволяет добиться выздоровления у 95,3% больных.

Кахарова Р.А., Сироджев Д.Н., Рабиев А.Х., Курбонов Ш.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Кафедра колопроктологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Разработать способы уменьшения числа послеоперационных осложнений путём ликвидации внутреннего отверстия острого парапроктита в возможно ранние сроки после установления диагноза.

Материал и методы исследования. Изучены материалы результатов хирургического лечения 102 больных с острым парапроктитом, находящихся на лечении в Городском хозрасчетном центре колопроктологии. Среди них мужчин было 64 (62,7%), женщин – 38 (37,3%), т.е. патология чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Возраст пациентов колебался от 18 до 62 лет (в среднем $30,5 \pm 1,5$ лет). Все больные оперированы под спинальной анестезией, применяя 0,5% раствор бипувакаина.

Результаты и их обсуждение. Подкожно-подслизистые парапроктиты отмечались у 26 (25,5%) больных. Операция при этом заключалась во вскрытии гнойника радиарным разрезом по зонду в просвет прямой кишки с тщательной обработкой внутреннего отверстия – поражённая крипта иссекалась в виде треугольника основанием наружу (операция Габриэля).

Ишео-ректальный парапроктит наблюдали у 52 (50,9%) больных, пельвио-ректальный – у 18 (17,6%) и ректо-ректальный – у 6 (6,0%) пациентов. Операция заключалась во вскрытии абсцессов полудунным разрезом на промежности, дренированием полостей и затёков. После очищения раны, снятия перифокального воспаления проводилось УЗИ ректальным датчиком для определения локализации внутреннего отверстия гнойного свища. Не выписывая больного из стационара, производилась радикальная операция – иссечение свищевого хода с перемещением лоскута анального канала, сфинктеропластикой или проведением лигатуры.

Послеоперационное ведение больных не отличалось от общепринятой методики: соответствующая диета, анальгетики, антибиотики, физиопроцедуры и перевязки.

Заключение. Таким образом, радикальная операция с обработкой внутреннего отверстия при остром парапроктите при первичной операции или в ближайшее время, не выписывая больного из стационара, уменьшает процент осложнений и сокращает сроки лечения больных в среднем на 4-5 дней.

Кобиллов О.У., Кодири Т.Р., Муслимов Н., Мирзоходжаев Ш.Ш.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТА «АНДРОГИН» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

¹Лечебно-оздоровительный центр «Нур», Б. Гафуровский район, Согдийская область РТ

²Кафедра урологии и андрологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Материал и методы исследования. За последние 8 лет под нашим наблюдением находились 426 больных с хроническим простатитом, из них 212 с бактериальным простатитом, 36 – с абактериальным конгестивным простатитом, 115 – в сочетании с ДГПЖ 1-2 стадий, 68 - с эректильной дисфункцией. Эти четыре группы больных получали сеансы терапии «Андрогин» ежедневно по 15 минут.

Результаты и их обсуждение. Лечение хронического простатита остаётся сложной проблемой. В последние годы разработаны новые аппараты с целью улучшения результатов лечения. Аппарат «Андрогин»

включает использование сочетания нескольких факторов – электрической стимуляции органов малого таза, низкоинтенсивного лазерного и светодиодного излучения, локального магнитного поля и нейростимуляции патогенных зон.

Оценка результаты проведённой терапии проводилась с учётом клинического состояния и данным лабораторного анализа секрета простаты. До лечения больные отмечали боли в половых органах, в области промежности, над лоном, дизурию, Изменения в секрете простаты выявили увеличение лейкоцитов и уменьшение количества лецитиновых зёрен (таблица).

Показатели	Начало лечения	На пятом сеансе	На десятом сеансе
С бактериальным простатитом 212 больных	Лейкоциты - 1,3 Лецитиновых зёрен - 1,2	Лейкоциты - 2,7 Лецитиновых зёрен - 1,6	Лейкоциты - 2,1 Лецитиновых зёрен - 2,6
Улучшение клиники		54 больных	206 больных
С абактериальным простатитом 36 больных	Лейкоциты - 0,6 Лецитиновых зёрен - 1,2	Лейкоциты - 1,8 Лецитиновых зёрен - 1,7	Лейкоциты - 1,3 Лецитиновых зёрен - 2,4
Улучшение клиники		19 больных	30 больных
С простатитом в сочетании с ДППЖ 1-2 стадий 115 больных	Лейкоциты - 1,5 Лецитиновых зёрен - 1,7	Лейкоциты - 2,1 Лецитиновых зёрен - 2,2	Лейкоциты - 1,3 Лецитиновых зёрен - 2,6
Улучшение клиники		62 больных	87 больных
С простатитом и эректильной дисфункцией 68 больных	Лейкоциты - 1,9 Лецитиновых зёрен - 0,9	Лейкоциты - 1,5 Лецитиновых зёрен - 1,2	Лейкоциты - 1,1 Лецитиновых зёрен - 2,4
Улучшение клиники		30 больных	62 больных

Примечание: количество лейкоцитов 0 - (до 10 в поле/зр), 1 - (10-30 в поле/зр), 2 - (30-50 в поле/зр), 3 - (более 50 в поле /зр.)

Заключение. При включении в комплекс терапии лечебных сеансов аппарата «Андрогин» улучшение происходит в более короткий промежуток времени.

Кобилев О.У., Кодири Т.Р., Ходжаева М.М., Муслимов Н.

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

¹Лечебно-оздоровительный центр «Нур», Б. Гафуровский район, Согдийская область РТ

²Кафедра урологии и андрологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Уточнить место УЗИ при заболеваниях ЖКТ.

Материал и методы исследования. В 2019-2021 гг. мы обследовали 124 больных с заболеваниями ЖКТ. Из них выявлено 74 больных с хроническим гастритом, 2 - с язвенной болезнью желудка, 13 - с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, 2 - с гастроптозом, 1 больной - с канцером желудка.

УЗИ желудка осуществлялось в два этапа: 1 этап - натощак, 2 этап - после заполнения желудка 300-1000 мл тёплой воды. Сканирование осуществлялось в продольных, поперечных и косых плоскостях. В работе использовали УЗ

прибор «АЛОКА-ZZD-1400», конвексные и линейные датчики частотой 3,5 МГц.

Результаты и их обсуждение. До последнего времени диагностика заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки осуществлялась посредством рентгенологических и эндоскопических методов. Хотя они вполне высокоинформативны, однако имеются определенные противопоказания. Органы желудочно-кишечного тракта не входят в обязательный перечень подлежащих ультразвуковому исследованию, что связано с некоторыми объективными причинами. К настояще-

му времени накоплен достаточный опыт, свидетельствующий о возможностях ультразвукового исследования желудка и различных его заболеваний.

Для хронического гастрита характерна следующая УЗИ картина: утолщение стенок желудка от 6 до 10 мм, неравномерность структуры стенки желудка, наличие болезненности при движении датчика.

При эрозивном гастрите выявлена УЗИ картина: чёткий неравномерный контур внутреннего слоя желудка, толщина стенки в области эрозии более 5 мм.

УЗИ картина при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки:

неравномерность контуров желудка, симптом поражённого полого органа (СПП), остаточная жидкость свыше 70 мл в желудке (гиперсекреция).

При опухолях желудка при УЗИ выявляют: неравномерность контуров внутреннего слоя желудка, СПП, утолщение желудка более 10 мм, увеличение лимфоузлов желудка.

Заключение. По нашим данным, при УЗИ-диагностике заболеваний ЖКТ достоверность диагноза составила 75,1%. Диагнозы были верифицированы далее данными ФГС и рентгеновских методов. УЗИ ЖКТ является неинвазивным, малозатратным и доступным методом.

¹Кодиров А.Р., ¹Гиесов Х.А., ¹Рахматова Р.А., ^{1,2}Хушвахтов З.

КОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ

¹ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан» - «Шифобахш»

²ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Оптимизировать методы корригирующей терапии у детей при сочетанных травмах.

Материал и методы исследования. Анализу были подвергнуты 107 пациентов с сочетанными травмами, которые находились на лечении в отделении детской анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ГУ «Национальный медицинский центр Республики Таджикистан» - «Шифобахш». Период исследования включал 2021 – 2023 г. Возраст пострадавших составлял от 5 лет до 14 лет. Мальчиков было 87 (81,3%), девочек - 20 (18,6%). Превалирующее количество пациентов поступили после автодорожной травмы.

Результаты и их обсуждение. В первые 5 ч от момента полученной травмы поступил 61 (57,1%) ребёнок, спустя 1-5 сут. – 36 (33,6%), 5-15 сут. – 10 (9,3%). У 71 (66,3%) ребёнка с повреждениями органов брюшной полости открытые переломы конечностей имелись у 23 (21,4%), у 13 (12,1%) - открытая ЧМТ. Перелом основания черепа диагностирован у 63 (58,8%) пострадавших. У 53 (49,5%) больных диагностирован ушиб мозга с субарахноидальным кровоизлиянием. Внутричерепная гематома выявлена у 15 (14,1%) детей, у 3 (2,8%) - вдавленные переломы костей черепа.

Превалирующее количество пострадавших - 73,2% - поступили в оглушённом состоянии (по ШКГ 12-13 баллов), в сопорозном состоянии было доставлено 22,6% (8-11 баллов) и 5,2% - в коматозном состоянии (3-6 баллов). Светлый промежуток имелся у 15 (14,1%) детей. Пациенты в сопорозном, коматозном состояниях - 21 (19,6%) - поступили с предварительной рвотой в момент получения травмы, с явлениями аспирации дыхательных путей рвотными массами.

Дискутабельным вопросом до настоящего времени остается вопрос об объеме инфузионной терапии пострадавших с сочетанными травмами. Восстановление потерь у пострадавших проводится кристаллоидами и коллоидами при потере до 1 литра; в случаях патологических потерь свыше 1,5 литров восполнение объема циркулирующей крови происходит за счет эритроцитарной массы. Кровезаменители вводили в соотношении 1:1. Замещение утраченной крови оказалась результативным на ранних этапах поступления у 87 (81,3%), при этом параллельно проводилась стимуляция тонуса периферических сосудов добавлением допамина из расчета 5-7 мкг/кг/час. Также в комплекс терапии

были включены глюкокортикоиды, дезагреганты и препараты, улучшающие реологические свойства крови.

При картине отека головного мозга дегидратационные мероприятия осуществлялись введением салуретиков – лазикс из расчета 3-5 мг на кг массы тела, осмодиуретик – маннитол (избегая рутинного назначения) из расчета 1 г на кг массы тела пострадавшего. Обезболивание пациентов с сочетанными травмами выполнялось методом введения центрального анальгетика фентанила 0,005% из расчета 0,01-0,02 мкг/кг массы тела. Введение оксibuтирата натрия производилась из расчета 50-100 мг/кг массы тела. Назначение препаратов антиоксидантов (мексидол из расчета 10-20 мг/кг массы тела) способствуют утилизации кислорода, улучшению метаболизма головного мозга.

В респираторной поддержке нуждались 88 (82,2%) пострадавших. Респираторная поддержка должна проводиться с учетом показателя рСО₂ (30-35 мм рт. ст.), избегая гипервентиляции. Причиной дыхательной

недостаточности у больных с сочетанными травмами было нарушение центральной регуляции, обструкция дыхательных путей, западение корня языка, нижней челюсти, что могло быть причиной гипоксии, повышения внутричерепной гипертензии.

Заключение. Комплексная корригирующая терапия у пациентов с сочетанными травмами включает учёт времени поступления, адекватную оценку неврологической симптоматики, оценку тяжести состояния пострадавшего. Корригирующая терапия пострадавших с сочетанными травмами направлена не только на восполнение потерь крови, ОЦК, но и на профилактику или купирование отёка головного мозга, нарушений его перфузии, развития вторичных факторов повреждения.

Респираторная поддержка должна проводиться с учетом показателя рСО₂. Однако продолжительная гипервентиляция с целью купирования внутричерепной гипертензии приводит к ухудшению перфузии головного мозга.

¹Кодиров А.Р., ¹Рахматова Р.А., ²Набиев З.Н., ¹Абдурахимов И.Х.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПОСТРАДАВШИХ ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ

¹ГУ «Национальный медицинский центр РТ» - «Шифобахш»

²ГУ «Научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Оптимизировать обезболивание пострадавших детей с сочетанными травмами.

Материал и методы исследования. Нами изучено состояние 87 больных после различных по степени тяжести оперативных вмешательств на органах брюшной полости в период с 2017 по 2020 гг. после неотложных хирургических процедур в условиях отделения детской анестезиологии и реанимации, интенсивной терапии ГУ «Национальный медицинский центр РТ» - «Шифобахш». Для проведения исследования пострадавшие были разделены на две группы: контрольную - 30 (34,5%) и основную - 57 (65,5%). Мальчиков среди пострадавших обеих групп было больше – 37 (42,5%) и 50 (57,5%) соответственно. В зависимости от тяжести состояния и степе-

ни эндогенной интоксикации проводилась предоперационная подготовка.

Преобладающее количество полученных травм - 63 (72,5%) - были в результате дорожно-транспортных происшествий, падение с высоты имелось у 24 (27,5%) пострадавших. При этом закрытая травма живота и травмы органов брюшной полости были у 47 (54,1%) пациентов, переломы опорно-двигательного аппарата отмечены у 28 (32,2%) больных, повреждения органов брюшинного пространства - у 12 (13,7%) пострадавших.

Повреждения у пострадавших сопровождались возникновением гемо-, пневмоторакса - у 17 (19,5%), ушибом лёгкого тяжёлой степени - у 21 (24,1%). Травма селезёнки была выявлена в 18 (20,6%) наблюдениях, повреждение печени - в 11

(12,4%), сосудистой сетки брыжейки - в 6 (6,8%) случаях. В 52 (59,7%) случаях у пострадавших были отмечены комбинированные травмы. Большому количеству пострадавших - 94,7% - оперативные вмешательства были выполнены в первые сутки от момента поступления в специализированный стационар.

Всем пострадавшим проводилась оценка выраженности болевых ощущений по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ) – в состоянии покоя пациента находилась на уровне $4,5 \pm 1,3$ балла. Движение пациента сопровождалось усилением болевых ощущений до $6,5 \pm 1,2$ балла. Перидуральное обезболивание пострадавшим проводилось введением раствора новокаина 0,25% в сочетании с раствором промедола 2% из расчёта 2-3 мг/кг массы тела. Использование растворов анестетика с рН ближе к рН тканям способствовало быстрому наступлению блока.

Результаты и их обсуждение. Через 3 часа после введения обезболивания в перидуральное пространство отмечалось снижение интенсивности болевых ощу-

щений на 58,7% относительно исходных данных. По истечении 24 часов пациенты не ощущали боль на 73,5%, по сравнению с исходными данными. Полностью болевые ощущения были нивелированы на третьи сутки на уровне $2,5 \pm 0,21$ баллов. На 10-е сутки после оперативного вмешательства ощущения боли незначительно сохранялись, в процессе наблюдения отмечалось снижение ее, по сравнению с исходными. В исследуемых группах было выявлено существенное укорочение периода блокады у пострадавших с травматической болезнью. В основной группе исследования данный показатель был в 3,5 раза меньше, нежели у пациентов контрольной группы. Но при этом ощутимых различий в качестве обезболивания в исследуемых группах не выявлено.

Заключение. У пациентов в остром периоде травматической болезни время начала действия анальгезии существенно укорочено. У плановых больных данный показатель характерно изменяет продолжительность сенсорного блока.

¹Кодиров З.А., ¹Султанов Д.Д., ²Кодиров А.Р.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕРМО-ЛИПО-ФАСЦИО-ЭКТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЛОНОВОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра хирургии №1 ГОУ «Таджикский национальный университет»

Цель исследования. Определить влияние резекционно-пластических оперативных вмешательств на изменения двигательной активности и качества жизни пациентов со слоновостью нижних конечностей.

Материал и методы исследования. Проведена клиническая оценка двигательной активности и качества жизни 38 пациентов с деформирующими формами лимфедемы нижних конечностей до и в разные периоды после резекционно-пластических оперативных вмешательств. Среди пациентов всего трое явились лицами мужского пола, остальные были женщинами молодого или среднего возрастов, что, кроме медицинской составляющей, также подтверждает социальную значи-

мость этой проблемы. Самому молодому пациенту было 17 лет, взрослому – 65 лет.

У более двух третей пациентов ($n=30$; 78,9%) патология имела локализованный односторонний характер, в частности справа – 17, слева – 13 случаев. У 8 больных имелась слоновость не только обеих нижних конечностей, но и промежности с развитием грубых деформаций этой зоны и нарушением мочеиспускания.

Во всех случаях пациентам проведена операция Караванова – дермолипофасциоэктомия бедра и голени в изолированном или сочетанном варианте. Уровень двигательной активности пациентов определили с помощью International question naire on physical activity (IPAQ).

Результаты и их обсуждение. Опрос пациентов показал, что на почве увеличения объема пораженных конечностей и их деформации отмечалось прогрессирующее снижение уровня привычной двигательной их активности как по времени, так и по локомоции. В частности, ни один пациент не смог выполнить интенсивную физическую нагрузку по типу полевых работ, бега, быстрой ходьбы, работы в придворных земельных участках и т.п. Более того, из-за болевого синдрома, увеличенного бедра и/или голени, а также деформированной конечности пациенты зачастую не могли удобно сидеть на корточках или же со скрещёнными ногами, а ни один из мужчин со слоновостью не мог ездить на велосипеде. Средняя сумма баллов, полученных при опросе, составила $14,2 \pm 3,4$ баллов.

Тщательный опрос условий и характера жизни пациентов демонстрировал, что почти все пациенты имели дополнительное приспособление для более комфортного сидения и справления нужды в наземных туалетах. Более того, ни один пациент активно не занимался спортом, так как ограниченная отвислая часть голени или бедра мешала активному движению за счет ограничения движения конечности.

Таким образом, до проведения корригирующих форму и объем нижних конечностей оперативных вмешательств все пациенты со слоновостью имеют низкую

физическую активность, хотя абсолютное большинство из них имеет желание повысить уровень своей физической активности. После проведенных операций у 33 человек отмечалось поэтапное повышение уровня физической активности и значительно облегчились локомоторные движения в нижних конечностях. Однако у 5 пациентов с двухсторонними поражениями улучшения не произошло, так как они перенесли не только операцию на одной конечности, но они относились к лицам более старшей возрастной группы.

Качество жизни пациентов изменилось настолько, что абсолютное большинство из них перестали нуждаться в ручных вспомогательных средствах передвижения, а также могли совершать наклоны и сидеть со скрещёнными ногами или на корточках. Показатели средней суммы баллов через 6 месяцев операции увеличились почти в три раза, составив $41,5 \pm 5,3$ баллов.

Заключение. Слоновость нижних конечностей приводит к существенному снижению и ограничению физической активности пациентов. Резекционно-пластические операции с удалением большого объема изменённой кожи и подкожной клетчатки приводят к устранению грубой деформации и улучшению локомоторных движений в нижних конечностях, позволяя ежедневно заниматься обычными или повышенными физическими нагрузками.

¹Кодиров Т.А., ¹Мамажанов Б.С., ²Исраилов Р.И., ¹Худайбердиев К.Т.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХРЯЩА ФАСЕТОЧНОГО СУСТАВА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

¹Андижанский государственный медицинский институт, РУз

²Республиканский патологоанатомический центр МЗ РУз

Цель исследования. Изучить морфологические изменения в суставном хряще дугообразных отростков позвонков при дегенеративных заболеваниях поясничного отдела позвоночника.

Материал и методы исследования. В качестве материала данного исследования взят суставной хрящ, фиброзная капсула

сустава, отломки дугообразного отростка позвоночника во время операции по поводу коррекции дегенеративных заболеваний поясничного отдела позвоночника. Кусочки операционного материала фиксированы в 10% растворе формалина на фосфатном буфере в течение 72 часов. Костные отломки после фиксации погру-

жены в 10% раствор азотной кислоты до полной декальцинации. Затем кусочки промыты в проточной воде в течение 3-4 часов. Обезвоживание произведено в батарее спиртов возрастающей концентрации и хлороформе, затем залит парафином. Из парафиновых блоков изготовлены гистологические срезы толщиной 5-7 мкм, окрашены гематоксилином и эозином для выявления волокнистых структур методом Ван Гизона. Гистологические препараты изучены под световым микроскопом и получены микрофотографии на компьютере.

Результаты и их обсуждение. При поражении хрящевых межпозвоночных дисков, с которых чаще всего начинаются дегенеративные изменения в позвоночнике, весовая нагрузка постепенно переходит на межпозвоночные суставы, достигая от 47% до 70%. Такая перегрузка суставов ведет к последовательным изменениям в них: синовиту с накоплением синовиальной жидкости между фасетками; дегенерации суставного хряща; растягиванию капсулы суставов и подвывихам в них. Продолжающаяся дегенерация вследствие повторных микротравм, весовых и ротаторных перегрузок ведет к периартикулярному фиброзу и формированию субпериостальных остеофитов, увеличивающих размеры

верхних и нижних фасеток, которые приобретают грушевидную форму. В конце концов суставы резко дегенерируют, почти полностью теряют хрящ. Довольно часто этот процесс дегенерации проходит асимметрично, что проявляется неравномерностью нагрузок на фасеточные суставы. Сочетание изменений в диске и фасеточных суставах приводит к резкому ограничению движений в соответствующем двигательном сегменте позвоночника.

Заключение. Процесс дегенерации суставного хряща происходит в несколько этапов: в начальном этапе отмечается снижение влаги в хряще, что приводит к снижению функции, определяется частичная гибель хондроцитов, снижение количества протеогликанов, дисциркуляторные изменения в хряще и апикальной части дугообразных костных отростков, увеличение количества синовиальной жидкости, повышение хрупкости хряща, развитие дегенеративных изменений всех тканевых элементов сустава. Развивающиеся патоморфологические изменения в суставе дугообразных отростков позвоночника, приводящиеся к артрозу, не зависят от возраста пациента. Отмечается наличие морфологических изменений хряща, обусловленные естественным старением ткани.

^{1,2}Косимов З.К., ¹Халифаев У.Р., ¹Хамидов Дж.Б., ¹Мухсини С., ²Немонов Х.Д.

ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛГЕЗИИ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ

¹Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

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

Цель исследования. Изучить влияние послеоперационной эпидуральной анальгезии на показатели центральной гемодинамики.

Материал и методы исследования. В раннем послеоперационном периоде нами у 34 больных после операции на верхнем этаже брюшной полости применялась эпидуральная анальгезия.

Изучали следующие параметры: частоту сердечных сокращений (ЧСС), ударный индекс (УИ), сердечный индекс (СИ), объем сердечного выброса (ОСВ), общее перифе-

рическое сосудистое сопротивление (ОПСС), среднее артериальное давление (САД). Использовали ультразвуковой аппарат с кардиопакетом.

Об эффективности анальгезии в послеоперационном периоде судили по клиническим данным, показателями центральной гемодинамики, функции внешнего дыхания, газам крови, кислотно-основному состоянию.

Катетеризацию эпидурального пространства производили по общепринятой методике. Раствор местного анестетика вводили

через каждые 2-3 часа в течение 2-3 послеоперационных суток, а затем промежутки времени между отдельными введениями увеличивали в зависимости от жалоб больных на боль. Разовую дозу анестетика подбирали индивидуально, однако в среднем она составила 6-10 мл 2% лидокаина.

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде у больных отмечалась тахикардия, уменьшение ударного индекса, объёма секундного выброса, повышения общего периферического сосудистого сопротивления и увеличение среднего артериального давления (табл.). В па-

раметрах системы гемодинамики отмечается уменьшение разовой производительности сердца, при этом возрастает защитно-компенсаторный механизм, направленный на поддержание адекватной минутной производительности сердца за счет гетеро- и гомометрической ауторегуляции. Однако такой способ компенсации нарушенного из-за боли дыхания и системы гемодинамики малоэффективен. Поддержание кровообращения осуществляется за счёт батмотропного механизма и напряженной работы желудочков, удовлетворяющих потребность организма в перфузии.

Показатели центральной гемодинамики у больных в послеоперационном периоде до и после эпидуральной аналгезии (M±m)

Показатели гемодинамики	До аналгезии n = 34	После аналгезии n = 34	Достоверность
ЧСС, уд/мин	103,8±0,89	91,9±0,99	p< 0,05
УИ, мл/м ²	38,9±0,33	42,78±0,32	p< 0,05
СИ, л/мин/м ²	2,66±0,21	3,12±0,23	p< 0,05
ОСВ, мл/сек	166,7±3,22	202,3±2,81	p< 0,05
ОПСС, дин.с.см ⁵	1778,4±48,99	1577,8±46,1	p< 0,05
САД, мм рт.ст.	92,2±0,44	86,4±0,51	p< 0,05

После эпидуральной аналгезии отмечается уменьшение ЧСС, увеличение УИ, СИ, ОСВ, уменьшение ОПСС и САД.

Заключение. Эпидуральная аналгезия в послеоперационном периоде приводит к

нормализации метаболических процессов, улучшению разовой производительности сердца в результате возрастания сердечного выброса на фоне урежения частоты сердечных сокращений.

Мирзоев М.Ш., Гафаров Х.О., Ходжаев М.У., Хушвахтов Д.И.

ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫЕ СИНУСИТЫ, ВЫЗВАННЫЕ ПЛОМБИРОВОЧНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Профилактика и повышение эффективности диагностики одонтогенных верхнечелюстных синуситов, вызванных введением в пазуху пломбировочного материала.

Материал и методы исследования. Проведён анализ 25 клинических наблюдений больных, прооперированных за период с 2021 по 2023 гг. по поводу верхнечелюстных синуситов, вызванных пломбировочными

материалами. Возраст больных варьировал от 18 до 60 лет, мужского и женского пола.

Верхнечелюстной синусит был вызван цинкоксидаэвгенольным цементом у 19 (76,0%) больных, у 6 - отмечен гутаперчевыми штифтами (24%). Максимальное время пребывания инородных тел в пазухе – 5-7 лет, минимальное - 1 месяц до хирургического вмешательства, в среднем - 1,5 года. Наибольшее число обратившихся за помощью

по поводу инородных тел верхнечелюстных пазух имели анамнез заболевания до 1-1,5 года с момента эндодонтического вмешательства. В 11 случаях (44,0%) инородное тело находилось в правой пазухе, в 14 случаях (56,0%) - в левой.

Обследование больных включало в себя, помимо общеклинических методов, ортопантомографию и компьютерную томографию пазух носа в коронарной проекции.

Результаты и их обсуждение. Результаты 25 больных, оперированных по поводу верхнечелюстного синусита, вызванного пломбировочными материалами, показывают, что у всех больных достигнуто излечение, и интерес в большей степени представляет сопоставление данных предоперационного исследования и интраоперационных находок.

Ортопантомография в этих случаях проявила себя как малоинформативный метод, отражающий суть процесса лишь в общих чертах, что имеет место выведение материала и изменения в верхнечелюстном синусе.

Компьютерная томография достоверно и четко показывала расположение и размер пломбировочного материала, состояние костных стенок синуса. У 6 (24,0%) пациентов с выведенными в синус гуттаперчевыми штифтами имела места утолщённая слизистая оболочка. Синусы были воздушны, отсутствовали скопление секрета или гноя.

Цементы вызывали более выраженные и разнообразные изменения. У 3 (12,0%) пациентов имелась слабовыраженная гиперплазия слизистой оболочки, на которой лежал материал, у 4 (16,0%) - локальный полипоз, у 5 - (20,0%) гнойный синусит, у 6 (12,0%) больных - полипозный с грибковым телом и

характерным резиноподобным секретом и у 1 (4,0%) - грибковое тело с гнойной эмпиемой синуса.

Полученные результаты подтвердили высокую частоту выведения пломбировочного материала в верхнечелюстной синус. Кроме того, полностью подтверждается факт воспалительной реакции синуса на внедрение пломбировочного материала. Необходимо обратить внимание на своеобразие синуситов, вызванных пломбировочными материалами. Во-первых, очевидна склонность к вялому, медленному и бессимптомному течению в связи с поздним обращением пациентов за помощью и выжидательной тактикой врачей, допустивших или обнаруживших ошибку пломбирования корневого канала. Во-вторых, часто наблюдается миграция материала и образование мицетом.

В этой связи можно говорить о целесообразности скорейшего удаления инородного тела из синуса путём щадящей гайморотомии через переднюю стенку с наложением соустья в нижний носовой ход или без него, с одномоментной реконструкцией передней стенки синуса. Удалённые фрагменты подлежали гистоморфологическому исследованию.

Заключение. Таким образом, вопросы диагностики мягкотканых изменений в синусе и склонность инородных тел к миграции диктуют необходимость включения компьютерной технологии в обязательный план предоперационной диагностики. Традиционные рентгенологические методы, такие как ортопантомография или рентгенография черепа, в полуаксиальной проекции служат лишь как средства первичной диагностики.

Мирзоев М.Ш., Гафаров Х.О., Хушвахтов Д.И., Ходжаев М.У.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ КОСТНЫХ АНКИЛОЗОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Повысить эффективность хирургического лечения костных анкилозов височно-нижнечелюстного сустава путём использования индивидуальных эндопротезов из никелида титана.

Материал и методы исследования. Работа основана на опыте обследования и лечения 18 больных в возрасте от 16 до 40 лет с двусторонними костными анкилозами височно-нижнечелюстного сустава, за период

с 2010 по 2023 гг., находившихся на лечении в отделении взрослой челюстно-лицевой хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» (НМЦ РТ). Всем больным проведены клинично-лабораторные обследования по стандартной схеме.

В НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы (г. Томск, РФ) разработан и изготовлен эндопротез ветви нижней челюсти с учётом индивидуальных параметров с применением стереолитографической техники в режиме 3D, имеющий правый и левый варианты, включающий головку височно-нижнечелюстного сустава, изготовленный из пористых и непористых материалов на основе никелида титана. Размеры и конфигурацию эндопротеза определяли индивидуально на основании рентгенологических исследований (ортопантомограмма челюстей, спиральная компьютерная томография – послойное и объемное изображения).

Результаты и их обсуждение. Согласно разработанной технологии, больным выполнено двустороннее эндопротезирование ветвей нижней челюсти, включая головку, с перемещением центрального фрагмента челюсти вперед.

В последующие реабилитационные мероприятия в зависимости от показаний включали санацию полости рта, ортодонтическое и ортопедическое лечение с применением традиционных технологий. У всех больных послеоперационный период протекал благоприятно. Значимых осложнений не наблюдали.

Ближайший послеоперационный период сопровождался незначительной воспалительной реакцией в зоне вмешательства, которая в большей части ликвидировалась к 5-8 суткам, определялось первичное заживление ран. По мере устранения воспалительных явлений и отёчности тканей в области вмешательства восстанавливались движения нижней челюсти.

Спустя 1,5-3,0 и более месяцев больные жалоб не предъявляли, движения нижней челюсти в полном объёме, функциональных нарушений со стороны височно-нижнечелюстного сустава не выявлено.

Рентгенологически положение эндопротезов удовлетворительное, деструктивных изменений со стороны реципиентной костной ткани не определялось. Таких явлений, как прорезывание эндопротеза сквозь мягкие ткани в ротовую полость или наружу, перелом и миграция установленной конструкции и фиксирующих элементов не отмечалось.

Заключение. Таким образом, анализ отдалённых результатов применения эндопротезов из пористого никелида титана для замещения дефектов мышечковых отростков нижней челюсти у больных с анкилозирующими височно-нижнечелюстными поражениями, изготовленных в соответствии с анатомическими особенностями поражённого органа, позволяет сделать вывод о возможности полноценного восстановления утраченных анатомо-функциональных особенностей зубочелюстного аппарата.

Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Гафаров Х.О., Ходжаев М.У., Рахмонов И.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Диагностическое изучение различных патологических процессов височно-нижнечелюстного сустава с использованием компьютерных технологий.

Материал и методы исследования. Основой настоящей работы являются результаты обследования и лечения 25 больных с различной патологией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), находящихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хи-

рургии ГУ НМЦ РТ «Шифобахш» в возрасте от 18 до 60 лет за период с 2015 по 2023 г.

Рентгенологическую диагностику у данной категории больных проводили с использованием следующих современных компьютерных технологий с трехмерным изображением (3D): - мультиспиральная компьютерная томография AquilionPrime 160 (Германия) (МСКТ); магнитно-резонансная томография TOSHIBA 1,5 T (Япония) (МРТ). Обследование

больных проводилось до хирургического вмешательства. В отношении 25 больных с различной патологией височно-нижнечелюстного сустава были выполнены 37 рентгенологических исследований до оперативного вмешательства: из них 25 – мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и 12 магнитно-резонансная томография челюстей (МРТ). На основании рентгенологических исследований из 25-и больных у 13-и пациентов имел место костный анкилоз (52,0%) (односторонний – 8 (32,0%), двусторонний – 5 (20,0%)), у 12-и (48,0%) диагностирован вторичный деформирующий остеоартроз (односторонний – 7 (28,0%), двусторонний – 5 (20,0%)) ВНЧС. На этом основании нами были выявлены три стадии патологии ВНЧС воспалительно-деструктивного характера.

На первой стадии патологии ВНЧС происходят воспаление и перестройка костного вещества по продуктивному типу. С помощью МРТ можно выявить начальную стадию поражения ВНЧС – остеоартрит, характер изменений в суставном диске и мягкотканых элементах сустава.

Вторая стадия патологии ВНЧС – по данным МСКТ, в 52,0% случаев мышечковый отросток теряет равномерный структурный рисунок и уплощается, суставная головка теряет форму, деформируется, теряет гиалиновый хрящ и повторяет контуры суставного бугорка и ямки. Одновременно четко выявляется гиперпродукция кости в виде

отдельных костных выростов, исходящих от внутренней поверхности ветви и из края нижнечелюстной вырезки в направлении к основанию черепа и скуловой кости, с грубыми костными сращениями.

Третья стадия характеризуется выраженной репарацией и полной потерей конгруэнтности сочленяющихся поверхностей с потерей хряща – является конечной стадией заболевания и характеризуется полной ограниченностью движений нижней челюсти. На рентгенограммах (МСКТ, МРТ) в 96,0% случаев выявлялась сплошная зона костеобразования, близко расположенная к основанию черепа, заполняющая суставную ямку костной тканью, формируя костный конгломерат.

Сложность диагностики данной патологии заключается в необходимости визуализации мягкотканых суставных элементов: связок, диска, мест прикрепления его полюсов в переднем и заднем отделах суставной ямки.

Заключение. Применение современных компьютерных технологий на основе МСКТ и МРТ в режиме 3D на сегодняшний день играет огромную роль в диагностике различных патологических процессов височно-нижнечелюстного сустава, значительно повышает качество информации и позволяет специалистам проводить наиболее эффективное лечение, четко и ясно планировать объем и этапы оперативных вмешательств у данной категории больных.

Мирзоев М.Ш., Хушвахтов Д.И., Ходжаев М.У., Хушвахтов Д.Д., Рахмонов И.

УДАЛЕНИЕ ЗУБОВ У БОЛЬНЫХ С ГЕМОФИЛИЕЙ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучение возможности эффективного применения гемостатических препаратов местного действия после удаления зубов у больных гемофилией и профилактика вторичных кровотечений.

Материал и методы исследования. Удаление зубов у больных гемофилией производили в условиях гематологического отделения НМЦ РТ «Шифобахш». Под нашим наблюдением за период с 2019 по 2023 г. находилось 22 пациента, мужского и женского полов. Предоперационная подготовка

включала общеклиническое и специальное обследования. Определяли время свертывания крови, потребление протромбина, содержание VIII фактора, фибринолитическую активность крови.

Удаление зубов осуществляли под местным обезболиванием 2% растворами лидокаина или 4% артикаином, так как у больных гемофилией под общим обезболиванием повышается фибринолитическая активность крови, а применение эндотрахеального наркоза грозит повреждением слизистой оболочки

зева, глотки, трахеи и последующим продолжительным кровотечением. Тампонаду лунок после удаления зубов проводили коллагеновой губкой с тромбином у 12 (54,6%) больных, коллагеновой губкой с аминокaproновой кислотой – у 5 (22,7%) и у 5 (22,7%) пациентов (контрольной группы) применена чисто коллагеновая губка. Общую антигемофильную терапию осуществляли в зависимости от состояния свертывающей системы крови.

Результаты и их обсуждение. На основании клинических данных и оценки свертывающей системы крови условно выделены 3 формы проявления и течения заболевания - лёгкая, средней тяжести и тяжёлая. Лёгкую форму гемофилии констатировали у 3 (13,6%) больных с редко возникающими её проявлениями, которые обычно наблюдались после травм или операций. У этих пациентов время свёртывания крови не превышало 35 мин, потребление протромбина было не менее 25%, а содержание VIII фактора – более 10%. Средней тяжести гемофилия установлена у 17 (77,3%) больных с более частыми её проявлениями. Кровотечения у них возникали даже при незначительных травмах, но не спонтанно. Время свёртывания крови у этих больных не превышало 120 мин, потребление протромбина было не менее 20%, а содержание VIII фактора – не менее 5%. У 2 (9,1%) больных с тяжёлым клиническим течением гемофилии время свёртывания крови составляло более 2 ч, потребление протромбина было менее 10%, а содержание VIII фактора – менее 5%.

Более эффективной оказалась тампонада лунок коллагеновой губкой с тромбином. Так, у больных с умеренно выраженной фибринолитической активностью применение данного способа оказалось весьма успешным, вторичных кровотечений мы не наблюдали. Гемостаз коллагеновой губкой с тромбином проведен у 14 (63,6%) больных: у 3 с легкой формой гемофилии, у 10 - со средней степенью тяжести и у 1 - с тяжёлой формой. Указанный метод позволил избежать про-

ведения общей антигемофильной терапии при удалении зубов у всех больных с лёгкой формой гемофилии.

В случаях повышенной фибринолитической активности крови, которая клинически проявлялась гемартрозами, более эффективной оказалась тампонада лунок коллагеновой губкой с аминокaproновой кислотой. Гемостаз коллагеновой губкой с аминокaproновой кислотой проведён у 6 (27,3%) больных: у 5 со средней тяжестью гемофилии и у 1 с тяжёлой её формой.

Кровотечение из мест введения анестетика наблюдалось у 2 (9,1%) больных с тяжёлой формой гемофилии, причём оно было умеренным. Ушивание краёв раны у 1 из указанных больных после удаления зуба оказалось бесполезным и даже вредным, поскольку оно вызвало дополнительное кровотечение. Это побудило нас прибегнуть к гемостазу коллагеновой губкой с тромбином.

Малоэффективным оказалось применение коллагеновой губки: на фоне общей антигемофильной терапии при средней тяжести заболевания вторичное кровотечение не наблюдалось только у 2 из 5 больных. Остальным 3 пациентам пришлось провести остановку кровотечения другими препаратами (исходя из состояния свертывающей системы крови у 2 больных – коллагеновой губкой с тромбином, у 1 – коллагеновой губкой с аминокaproновой кислотой).

Заключение. Таким образом, оперативное вмешательство у больных гемофилией необходимо производить в гематологических отделениях с достаточным количеством антигемофильных средств и под контролем свертывающей системы крови. В результате применения гемостатических препаратов местного действия, состоящих из коллагеновой губки и активного гемостатического начала, например тромбина или аминокaproновой кислоты, возможно удаление зубов у больных лёгкой формой гемофилии без общей антигемофильной терапии.

¹Мирзоев С.М., ²Муминова М.Д., ^{1,2}Еникеев А.А., ^{1,2}Назифова М.Т., ¹Файзуллозода П.Ф.

МЕТОДИКИ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО КЕРАТОКОНУСА

¹Кафедра глазных болезней ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Республиканский клинический центр офтальмологии»

Цель исследования. Сравнить результаты методики гемопломбировки передней камеры цельной кровью и введение плазмы крови, обогащённой тромбоцитами.

Материал и методы исследования. За последние 12 лет в РКЦО этой методикой прооперированно 13 пациентов (на 14 глазах). Возраст пациентов - от 9 до 30 лет. Из сопутствующих заболеваний у 6 больных имелась болезнь Дауна, у 2-х пациентов - атопический нейродермит и у 2 пациентов - отклонение в психическом развитии.

Все больные поступили в отделение с явлением острого кератоконуса в сроки от начала острого процесса заболевания - от 1 до 6 дней. У двух пациентов с болезнью Дауна из-за неадекватности поведения провести полноценное обследование не удалось. У остальных больных была исследована острота зрения, проведено АВ-сканирование, ОКТ роговицы выполнено у 6 пациентов. У 10 больных на втором глазу наблюдался кератоконус от III до IV стадии по классификации Амслера. Острота зрения была от движения руки до 0.02.

Все больные были госпитализированы. До госпитализации троим пациентам амбулаторно в течение нескольких дней закапывали кортикостероиды с антибиотиком и противовирусные препараты, так как ошибочно был поставлен диагноз «кератит» в поликлинике по месту жительства. В тот же день больные взяты на операционный стол, где им была произведена гемопломбировка передней камеры по Горбаню - у 11 больных под местной анестезией и двоим больным под общей (1 ребенку и больной с болезнью Дауна). Надо отметить, что одному пациенту выполнена гемопломбировка на обоих глазах т.к. на втором глазу кератоконус был в подострой стадии. При введении плазмы, обогащенной тромбоцитами, забор крови из локтевой вены осуществлялся за 15 минут до парацентеза передней камеры, т.к. подготовка препарата требовала времени. 10 мл венозной крови помещали в вакуумную пробирку и в течение 10 минут центрифугировали (3500 об/мин). Операция заключалась в проведении парацентеза у лимба, выпуске небольшого количества внутриглазной жидкости и введении 0,5 мл аутокрови или плазмы, обогащенной тромбоцитами, в переднюю камеру. Операция заканчивалась инстилляцией антибиотика, 0,5% тимолола и накладыва-

нием бандажной повязки. Больной сразу же укладывался лицом вниз и в таком положении находился от 3 до 16 часов в зависимости от возраста и интеллекта пациента.

Результаты и их обсуждение. При осмотре на следующий день после операции у всех больных наблюдалась выраженная положительная динамика. Болезненный синдром практически исчез у всех больных. Слабовыраженная инъекция глазного яблока была у 7 пациентов. Отек роговицы на вершине кератоконуса значительно уменьшился у всех больных. У больных, которым вводилась кровь, вершина кератоконуса имела розовый оттенок и наблюдалась гифема в 1-2 мм в течение 3-4 дней, а у больных, которым вводилась плазма, имелся желтоватый оттенок. В течение 3 дней всем больным назначались антибиотики - 4 раза, тимолол 0,5% - 2 раза, NaCl - 5,0% - 6 раз. На 6-7 сутки у всех пациентов отек прошёл. У семи больных (8 глаз) помутнение в той или иной степени сохранилось. Складчатость десцеметовой оболочки и стрии были на 8 глазах. Незначительное имбибирование роговицы кровью сохранялось в течение 2 недель у трех пациентов. Острота зрения через 14 дней у 2-х больных составляла 0.02, у 5 пациентов была без коррекции - 0.03, у трех пациентов (4 глаза) - 0.04. У трех больных с болезнью Дауна проверить зрение было затруднительно. Двум пациентам в течение года была проведена плановая сквозная кератопластика.

В доступной литературе мы не нашли ответа на вопрос о механизме эффекта от гемопломбировки по Горбаню. Или крупные элементы крови, такие как эритроциты «забивают» трещину в десцеметовой мембране, или парацентез и выпускание внутриглазной жидкости дают возможность смыканию краев разрыва десцеметки, или за счет тромбоцитов и содержащихся в них 6 факторов роста возникает такой положительный эффект. А, возможно, все три этих фактора влияют на результат.

Заключение. Разница в количестве больных, которым вводилась аутокровь и плазма, обогащенная тромбоцитами (1:3), не дает полной достоверности результатам исследования. А небольшое количество больных объясняется редкостью данной патологии. Но очевидно одно, что и та, и другая методика дают возможность быстро купировать острый процесс.

¹Мирзоев С.М., ²Муминова М.Д., ^{1,2}Еникеев А.А., ¹Мирзоев Ф.С., ²Алиева П.К.

РЕФРАКЦИОННАЯ ЗАМЕНА ПРОЗРАЧНОГО ХРУСТАЛИКА У ПАЦИЕНТОВ С МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

¹Кафедра глазных болезней ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Республиканский клинический центр офтальмологии»

Цель исследования. Проанализировать результаты операций по замене прозрачного хрусталика у пациентов с близорукостью высокой степени.

Материал и методы исследований. Была проведена ретроспективная оценка функциональных результатов 57 больных (79 глаз), которым за последние 5 лет произведена рефракционная замена прозрачного хрусталика на искусственный. Показанием к этой операции служила миопия высокой степени в случае, когда проводить эксимер лазерную коррекцию зрения нецелесообразно или естественная аккомодационная способность хрусталика у пациента утрачена. Противопоказанием к операции является другая патология второго глаза, перенесенные операции по поводу отслойки сетчатки на любом глазу, пациенты с регматогенной формой периферической витреоретинальной дистрофией сетчатки, пациенты с глаукомой и с амблиопией высокой степени. Средний возраст пациентов составил 43 года (от 31 до 53 лет).

При отборе на операцию предпочтение отдавалось пациентам с анизометрией слабой или средней степеней и пациентам с непереносимостью контактных линз. При отборе пациентов также наибольшее внимание было уделено осмотру периферии глазного дна с целью обнаружения периферической дистрофии сетчатки. 14 больным заблаговременно была проведена профилактическая периферическая лазерная коагуляция сетчатки. Также до операции проводилось определение как переносимой, так и максимальной остроты зрения, включая пробную контактную коррекцию, авторефрактометрию, определение поля зрения. Проводились пневмотонометрия и оптическая когерентная томография сетчатки, роговицы и зрительного нерва с целью исключения другой патологии. Во время обследования у 55 больных (75 глаз) выявлена рефракционная амблиопия слабой и средней степеней. Максимальная острота зрения с коррекцией у 4 больных (5 глаз) – 0,2. У 6 больных (8

глаз) – 0,3; у 19 больных (30 глаз) – 0,4; у 22 больных (28 глаз) – 0,5; у 6 больных (8 глаз) – 0,6. Среднестатистическая передне-задняя ось составила 28,6 мм. Рефракционные показатели колебались от 8,0 до 21,0 диоптрий. Миопический астигматизм небольших значений был выявлен практически у всех больных. Подбор интраокулярной линзы (ИОЛ) проводился на аппарате «ИОЛ Мастер - 500». Целевая рефракция – эметропия. Размеры подобранных ИОЛ варьировались от –3,0 до +10,0.

Предоперационная подготовка стандартная. Операция проводилась под капельной анестезией одним хирургом на аппарате «Stellazis Elit» фирмы Boushand Lomb (США). Факоэмульсификация выполнялась бикоаксиальным подходом. 13 пациентам не потребовалось применения ультразвука из-за практически отсутствия сформировавшегося ядра хрусталика. Асферические окрашенные интраокулярные линзы имплантировались как гидрофобные (60 шт.), так и гидрофильные (19 шт.). Надо отметить, что имплантировались линзы и с нулевой диоптрийностью для уменьшения дефицита объема хрусталиковой сумки и уменьшения смещения стекловидного тела кпереди, что особенно актуально у больных с близорукостью высокой степени.

Результаты и их обсуждение. Операция и послеоперационный период протекали без осложнений. Острота зрения у большинства больных на следующий день после операции соответствовала тому зрению, которое было до операции с очковой коррекцией. При осмотре больных через 10-12 дней максимальная острота зрения увеличилась у 12 больных на одну строчку, у 2 больных – на 2 строчки. Небольшая цилиндрическая коррекция в 1,0-1,5 диоптрия увеличила группу больных, у которых острота зрения превысила исходные показатели. Возможно, это связано с тем, что экстраокулярные средства оптической коррекцией зрения не всегда могут полностью исправить весь

спектр погрешностей оптической системы и позволить сформировать чёткое изображение на сетчатке. По мнению некоторых авторов, субклинический лентиконус и лентиглобус, а также склероз хрусталика влияют на невозможность получения оптимальной остроты зрения до операции (2,3). А в некоторых работах приведены данные, что даже у детей с миопией высокой степени рефракционная замена хрусталика была признана эффективным решением для лечения амблиопии (1,5).

Заключение. Рефракционная замена хрусталика у взрослых с близорукостью высоких степеней является эффективной хирургической операцией, позволяющей в некоторых случаях получить максимальную остроту зрения даже выше, чем до операции. Правильный отбор пациентов на это хирургическое вмешательство достоверно не увеличило риск развития осложнений как в послеоперационном периоде, так и в отдалённые сроки наблюдения.

¹Мурадов А.А., ²Пырегов А.В., ^{1,3}Шумилина О.В.,
³Мурадов А.М., ⁴Икромов Т.Ш.

ВЛИЯНИЕ ЛЁГКИХ НА СВЁРТЫВАЮЩУЮ И АНТИСВЁРТЫВАЮЩУЮ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У РОДИЛЬНИЦ С ДОМИНИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

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

²ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр», РФ

³Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

⁴ГУ «Республиканский научно-клинический центр педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить функциональное состояние гипокоагулирующей функций (ГФЛ) лёгких – их свёртывающей и антисвёртывающей способности при полиорганной недостаточности у родильниц с доминирующим течением острого почечного повреждения.

Материал и методы исследования. Изучили данные 40 родильниц с доминирующим течением ОПП по показателям свёртываемости крови по Ли-Уайту, АЧТВ, МНО и АТ III в смешанной венозной крови (СВК) и артериальной крови (АК), которых условно разделили на 1 группу - 16 (40,0%) - основные метаболические функции лёгких (МФЛ) функционально находятся в стадии компенсации, 2 группу - 14 (35,0%) – МФЛ в стадии субкомпенсации, 3 группу - 10 (25,0%) – МФЛ в стадии декомпенсации.

Результаты и их обсуждение. Анализ показателей В-А разницы по СВК и АК в 1 группе выявил достоверное увеличение времени свёртывания крови по Ли-Уайту на 56,1% ($p < 0,001$), по АЧТВ на 39,5% ($p < 0,001$), МНО на 32,5% ($p < 0,001$), АТ III на 8,9%

($p < 0,001$). Во 2-й группе анализ показателей В-А разницы показал отсутствие достоверно значимых изменений. Выявлено достоверное снижение В-А разницы в 3 группе по показателям ВСК по Ли-Уайту на 17,9% ($p = 0,002$), по АЧТВ - на 12,2% ($p = 0,002$), МНО - на 12,7% ($p = 0,002$) и АТ III - на 12,0% ($p = 0,002$).

Заключение. Полученные данные указывают на процессы гипокоагуляции лёгкими притекающей СВК и перевод артериальной крови в нормокоагуляцию, т.е. фактически у родильниц 1 группы функциональное состояние гипокоагулирующей функции сохранено, но снижено, по сравнению со здоровыми женщинами, во 2 группе кровь остаётся гиперкоагулированной, что указывает на субкомпенсированное функциональное состояние ГФЛ, потерявшей активную способность влиять на гемостаз, а в 3 группе выявляется выраженная гиперкоагуляция в оттекающей от лёгких артериальной крови. Фактически у этой категории родильниц функциональное состояние ГФЛ находится в стадии декомпенсации, так как АК оказалась более гиперкоагулированной, по сравнению с притекающей к лёгким СВК.

¹Мурадов А.А., ²Пырегов А.В., ^{1,3}Шумилина О.В., ³Мурадов А.М.,
¹Неъмонов Х.Д., ¹Неъмонова О.Р., ⁴Мамадназаров Н.К.

ЛОКАЛЬНЫЙ ДВС-СИНДРОМ В ЛЁГКИХ ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У РОДИЛЬНИЦ С ДОМИНИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

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

²ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр», РФ

³Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

⁴Отделение медицинских и фармацевтических наук Национальной академии наук Таджикистана

Цель исследования. Изучить функциональное состояние гипокоагулирующей функций лёгких и их фибринолитическую активность при полиорганной недостаточности у родильниц с доминирующим течением острого почечного повреждения (ОПП).

Материал и методы исследования. Изучили данные 40 родильниц с доминирующим течением ОПП, поступивших в Городской научный центр реанимации и детоксикации (ГНЦРиД) из родильных домов республики. Изучены и анализированы показатели содержания фибриногена (Фб), тромбоцитов (Тр) и их агрегационную способность и Д-димеров в смешанной венозной (СВК) и артериальной (АК) крови. Пациенток условно разделили на 1 группу - 16 (40,0%) - у которых гипокоагулирующая функция лёгких (ГФЛ) функционально находится в стадии компенсации, 2 группу - 14 (35,0%) – ГФЛ в стадии субкомпенсации, 3 группу - 10 (25,0%) – ГФЛ в стадии декомпенсации.

Результаты и их обсуждение. Анализ в 1 группе показал, что количество Фб в бассейне АК снизилось на 5,2% ($p < 0,001$), Тр - на 12,6% ($p < 0,001$), по сравнению с СВК. Исследование количества Д-димеров показало их статистически достоверное снижение в артериальной крови на 16,3% ($p < 0,001$). Во 2 группе получены данные по фактическому снижению в АК содержания Фб на 10,5% ($p < 0,001$) и количества Тр на 12,8% ($p < 0,001$), по сравнению с СВК. В артериальной крови отмечается статисти-

чески незначимое снижение Д-димеров на 1,5% ($p = 0,052$). В 3 группе выявляется достоверно значимое снижение содержания Фб и количества Тр в АК на 20,2% ($p = 0,002$) и на 12,0% ($p = 0,002$) соответственно, повышение количества Д-димеров на 208,0% ($p < 0,001$) до 740,1 нг/мл (Q1-Q2: 738,1-742,1).

Заключение. В 3 группе родильниц отмечается фактическое истощение фибринолитической активности легких вследствие декомпенсации ГФЛ, по сравнению со 2 и 1 группами, у которых наблюдались стадии суб- и компенсации этой функции. Эти процессы происходят на фоне динамического потребления факторов свертывания - Фб и Тр лёгкими и активации на начальных этапах их фибринолитической активности с последующей декомпенсацией и повышением продуктов деградации фибрина и фибриногена в отекающей АК. Нарушение ГФЛ и, как следствие, её фибринолитической активности приводит к прогрессирующему усилению преципитации Фб и Тр не только в сосудах микроциркуляции лёгких, вызывающих ДВС-синдром 2 стадии, но также активации процессов гиалинизации альвеол, следствием чего является нарушение функционирования сурфактанта и, как следствие, развитие острого респираторного дистресс-синдрома. Полученные данные при поступлении в ГНЦРиД отражают неэффективность проведённого лечения в послеродовом периоде на уровне родильных домов, что требовало дальнейшей коррекции гемостаза у этой категории пациенток.

¹Мурадов А.А., ²Пырегов А.В., ^{1,3}Шумилина О.В.,
³Мурадов А.М., ¹Косимов З.К.

ВЛИЯНИЕ ЛЁГКИХ НА РАЗНЫЕ ФРАКЦИИ КОМПОНЕНТОВ ТОКСИЧНОСТИ ПРИ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ДОМИНИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

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

²ГБУЗ МО «Московский областной перинатальный центр», РФ

³Кафедра эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучить влияние лёгких на разные фракции компонентов токсичности при полиорганной недостаточности с доминирующим течением острого почечного повреждения (ОПП).

Материал и методы исследования. Изучили данные 40 родильниц с доминирующим течением ОПП, поступивших в Городской научный центр реанимации и детоксикации (ГНЦРиД) из родильных домов республики. Изучены и анализированы показатели содержания фракций токсичности: низкомолекулярные (500 Да) - креатинин, молекул средней массы (500 – 5000 Да) - МСМ, олигопептидов высокой массы (более 5000 Да) - некротические тела (НТ) - в смешанной венозной крови (СВК) и артериальной крови (АК). Пациенток в зависимости от состояния детоксикационной функции лёгких (ДФЛ) условно разделили на 1 группу - 16 (40,0%) родильниц, у которых ДФЛ функционально находится в стадии компенсации, 2 группу - 14 (35,0%) – ДФЛ в стадии субкомпенсации, 3 группу - 10 (25,0%) – ДФЛ в стадии декомпенсации.

Результаты и их обсуждение. Во всех исследованных группах при поступлении в ГНЦРиД выявляется синдром эндогенной интоксикации 1-3 степеней, нарастающий от 1-й к 3-й группе больных, в зависимости от тяжести ОПП. У родильниц в 1 группе отмечается достоверно

значимое снижение В-А разницы по креатинину на 22,4% ($p < 0,001$), МСМ – на 12,7% ($p < 0,001$), НТ – на 9,3% ($p < 0,001$). Во 2 группе, по сравнению с нормативными значениями контрольной группы, выявляются более выраженные изменения, однако отмечается их статистически незначимые сдвиги по В-А разнице. В 3 группе В-А разница показала статистически значимое увеличение по креатинину на 9,1% ($p = 0,002$), МСМ - на 11,8% ($p = 0,002$), НТ – на 4,1% ($p = 0,002$).

Заключение. В 1 группе в лёгких восстанавливаются механизмы, выполняющие ДФЛ по отношению к олигопептидам низко-, средне- и высокой молекулярной массы и функционально ДФЛ находится в стадии компенсации. Во 2 группе на фоне синдрома эндогенной интоксикации II степени наблюдаются субкомпенсированные нарушения ДФЛ, т.к. отсутствует достоверная В-А разница по изученным фракциям токсичности. В то же время, несмотря на проведённую интенсивную терапию в родильных домах до поступления в ГНЦРиД, в 3 группе родильниц функционально детоксицирующая способность лёгких находится в стадии декомпенсации и лёгкие сами становятся источником интоксикации на фоне острого респираторного дистресс-синдрома. Указанные аспекты свидетельствуют о необходимости персонализированного подхода при дальнейшей терапии.

¹Мурадов А.М., ^{1,3}Шумилина О.В., ²Ганиева М.Т.,
³Муродова Ф.С., ¹Ризоев М.М., ¹Хамрокулов А.А.

ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ СОЦИАЛЬНЫХ И ВОЗРАСТНЫХ АСПЕКТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЁЛЫМ И КРАЙНЕ ТЯЖЁЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ СИНДРОМА ГИЙЕНА-БАРРЕ

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

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

³ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

Цель исследования. Изучить особенности некоторых социальных и возрастных аспектов у пациентов с тяжёлым и крайне тяжёлым течением синдрома Гийена-Барре.

Материал и методы исследования. Изучены материалы ретроспективного анализа 35 пациентов, составивших 1-ю группу, и 40 пациентов основной, проспективной, 2-й группы, перенесших синдром Гийена-Барре (СГБ).

Исследование и лечение пациентов проводилось в ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации», являющегося клинической базой кафедры эфферентной медицины и интенсивной терапии ГОУ ИПОвСЗ РТ, в отделениях неврологии, интенсивной терапии и реанимации ГУ «Медицинский центр Республики Таджикистан» - «Шифобахш», на базе которого располагается кафедра неврологии и основ медицинской генетики ТГМУ им. Абуали ибн Сино, медицинского комплекса здоровья «Истиклол», ГКБ № 2 им. К. Ахмедова, ГКБ № 5 им. К. Таджикиева.

В соответствии с Брайтонскими диагностическими критериями (2014) в 1-ой и 2-ой группах выявлены следующие варианты острых дизиммунных невропатий: острая воспалительная демиелинизирующая полиневропатия - 28 (80,0%) и 33 (82,5%); острая моторная аксональная невропатия - 4 (11,4%) и 4 (10,0%); острая моторно-сенсорная аксональная невропатия - 3 (8,6%) и 3 (7,5%) соответственно.

Распределение пациентов СГБ согласно критериям шкалы GBS disability по тяжести показало, что в 1-ой и 2-ой группах: тяжёлая степень (4 балла) имела в 28 (80,0%) и 32 (80,0%); крайне тяжёлая степень (5 баллов) - в 7 (20,0%) и 8 (20,0%) соответственно.

Результаты и их обсуждение. Из 75 пациентов с СГБ мужчин было 53 (70,7%), женщин - 22 (29,3%), в ретроспективной группе - 24 (68,6%) и 11 (31,4%), в проспек-

тивной - 28 (70,0%) и 12 (30,0%) соответственно. Среди пациентов с СГБ преобладали люди молодого и среднего возрастов от 18 до 59 лет - 62 (82,7%), категория пожилых 60-74 лет составила 13 (17,3%), т.е. это пациенты фактически в наиболее активном и трудоспособном периоде жизни. В средней возрастной категории от 45 до 59 находились мужчины - 12 (50,0%) и 14 (51,1%), женщин - 6 (54,5%) и 7 (58,3%) соответственно, составляя 52,0% (39). В молодой возрастной категории от 18 до 44 лет соответственно мужчин было 8 (33,3%) и 9 (32,1%), женщин - 3 (27,3%) и 3 (25,0%) соответственно, составляя 30,7% (23). В пожилую возрастную категорию 60-74 лет вошли мужчины 4 (16,7%) и 5 (17,8%), женщины - 2 (18,2%) и 2 (8,3%) соответственно, составляя 17,3% (13). Старческой возрастной группы 75-90 лет и долгожителей 90+ среди исследуемых пациентов СГБ не выявлено.

Анализ среднестатистических данных по месту жительства и социальному статусу показал, что в 1-ой и 2-ой группах жителями города оказались 18 (51,4%) и 21 (52,5%), проживающих в сельской местности - 17 (48,6%) и 19 (47,7%) соответственно.

Распределение по социальному статусу в 1-ой и 2-ой группах показало, что рабочих было 12 (34,3%) и 13 (32,5%); служащих и работников интеллектуального труда - 13 (37,1%) и 16 (40,0%), домохозяйек и работающих на дому - 6 (17,1%) и 7 (17,5%), безработных - 4 (11,4%) и 4 (10,0%) соответственно.

Заключение. Среди пациентов с СГБ в основном преобладали люди молодого и среднего возраста от 18 до 59 лет - 62 (82,7%), т.е. фактически находившихся в наиболее активном и трудоспособном периоде жизни. Статистически значимых особенностей в зависимости от места проживания не выявляется, а по социальному статусу и сфере деятельности преобладают категории рабочих, служащих и работников интеллектуального труда, составляя 25 (71,4%) и 29 (72,5%).

¹Муродов М.А., ^{1,2}Рахмонов Дж.А., ^{1,2}Султанов Д.Д., ¹Неъматзода О.

ГОСПИТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СЕЛЕКТИВНОЙ ШЕЙНО-ГРУДНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИГИТАЛЬНОЙ АКРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ

¹ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

²Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучить частоту и характер интра- и послеоперационных осложнений у пациентов, перенесших селективную шейно-грудную симпатэктомию (СШГС) по поводу акральной ишемии.

Материал и методы исследования. Анализированы частота и характер периоперационных осложнений выполненных СШГС 340 пациентам с болезнью Рейно (БР) (n=120), с синдромом Рейно на почве добавочного шейного ребра (n=62), с косто-клавиккулярным (n=98) и скаленус синдромами (n=32), с тромбозом и тромбозом пальцевых артерий (n=28). Мужчины составили 131, женщины – 209 в возрасте от 14 до 65 лет. Средний возраст составил $24,99 \pm 9,7$ лет.

При оценке результатов были учтены специфические осложнения, такие как повреждения артерий, кровотечение, гемоторакс, повреждение плевры, развитие раннего брахиоплексита.

Результаты и их обсуждение. Летальных исходов во время и после операций не были отмечены. У пациентов с БР повреждение подключичной артерии наблюдалось у 2 человек в результате чрезмерной её тракции. Была произведена резекция травмированного сегмента с анастомозом «конец в конец» с благоприятным результатом. Самым лёгким осложнением явилось повреждение париетальной плевры при мобилизации симпатического ствола. Восстановление плевры не представляло технических трудностей. Данное осложнение отмечалось у 7 больных. Всего интраоперационные осложнения наблюдались в 9 (4,4%) случаях.

Неспецифические осложнения, такие как инфицирование послеоперационной раны, лимфоистечение, гематома - среди пациентов с болезнью Рейно отмечались в 19 (9,6%) случаях. Брахиоплексит вследствие тракции нервов был отмечен в 3 случаях. Все

они были проходящими, полное восстановление наступило в сроках до 1 месяца после операции. Одним из редких осложнений в ближайшем послеоперационном периоде являлся синдром Горнера, который развился у 5 больных и частично регрессировал в отдалённом периоде.

В группе с ККС повреждение париетальной плевры при выделении 1-го ребра было отмечено в 8 (8,2%) случаях. В послеоперационном периоде осложнения развились у 12 (12,2%) больных – гемоторакс (2), кровотечение (2), гематома послеоперационной раны (1), лимфоррея (2), брахиоплексит (3) и инфекционные осложнения со стороны раны (2).

В группе пациентов со скаленус-синдромом, с тромбозами и тромбозами пальцевых артерий в периоперационном периоде не было отмечено ни одного осложнения.

У пациентов с ДШР интраоперационно в 5 случаях отмечено повреждение плевры. В раннем послеоперационном периоде у 8 пациентов отмечались малый гемоторакс вследствие повреждения плевры (1), брахиоплексит - как следствие травмы нервов (3), повреждение сосуда и кровотечение (1), а также нагноение раны (2), лимфоррея (1).

Заключение. Селективная шейно-грудная симпатэктомия является одним из сложных оперативных вмешательств и нередко сопровождается интра- и послеоперационными осложнениями. Она является единственным методом непрямой реваскуляризации верхних конечностей при различной патологии сосудов, сопровождающейся острой и хронической ишемией. При компрессионных синдромах в сочетании с синдромом Рейно симпатэктомия показана как дополнение к основным декомпрессионным методам операции и направлена на восстановление кровообращения кисти.

*Муродова Ш.М., Мухиддинов Н.Д., Додхоева М.Ф.,
Мардонова С.М., Ёрова Х.Х.*

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СТЕНОК ВЛАГАЛИЩА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. . Оценить состояние слизистых слоёв стенок влагалища у женщин репродуктивного возраста при недостаточности мышц тазового дна после проведения оперативного вмешательства.

Материал и методы исследования. Изучено 160 случаев поступивших и прооперированных на базе кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», отделения колопроктологии ГЦЗ № 2 г. Душанбе и Городского центра колопроктологии за 2023-2024 годы с недостаточностью мышц тазового дна женщин репродуктивного возраста. Возраст больных колебался от 18 до 55 лет. Среди них 20 (12,5%) больных в возрасте от 18 до 30 лет, 75 (46,8%) - от 30 до 42 лет, 65 (40,7%) - от 42 до 55 лет.

Пациентки были обследованы клинически и инструментально. Всем произведено исследование общего анализа крови, мочи, биохимия крови, ССК, вирусы на гепатиты и ВИЧ. Из инструментальных методов исследований были произведены ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, рентгенография грудной клетки. На основании данных обследования были предложены и произведены оперативные вмешательства по поводу недостаточности мышц тазового дна.

Результаты и их обсуждение. Клинические исследования включали в себя проведение анкетирования на наличие и причины развития недостаточности тазового дна. Инструментальные методы обследования включали в себя проведение ректороманоскопии, кольпоскопии, влагалищное исследование, где были обнаружены функциональные нарушения тазового дна и органические изменения в виде опущения стенок влагалища, шейки матки и тела матки, ректоцеле, цистоцеле и их сочетание. У 65 (40,62%) больных выявлено сочетание опущения стенок влагалища с ректоцеле, у 35 (21,87%) сочетание опущения стенок влагалища и шейки матки, у 35 (21,87%) - ректоцеле и цистоцеле и у 25 (15,65%) из них наблюдалось ректоцеле.

Все больные были прооперированы по поводу недостаточности мышц тазового дна с последующим гистологическим исследованием резецированного участка слизистого слоя влагалища. При изучении морфологических результатов исследования были установлены дегенеративно-деструктивные изменения всех структур и слоёв влагалища.

Заключение. Таким образом, наши исследования показывают, что при недостаточности мышц тазового дна происходят необратимые деструктивные изменения всех слоёв слизистых оболочек стенок влагалища.

Муродова Ш.М., Мухиддинов Н.Д., Додхоева М.Ф., Мардонова С.М.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ШВА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Выявление осложнений после наложения непрерывного шва при проведении оперативного вмешательства по поводу недостаточности мышц тазового дна урогенитальной области.

Материал и методы исследования. Изучено 30 случаев. Пациенты диагностированы и прооперированы на базе кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», в отделении ко-

лопроктологии ГКБ № 2 г. Душанбе и Городском центре колопроктологии за 2023 -2024 годы с недостаточностью мышц тазового дна урогенитальной и проктогенитальной зон. Возраст больных колебался от 18 до 70 лет. Среди них 8 (26,6%) были в возрасте от 18 до 36 лет, 12 (40%) - от 36 до 54 лет, 10 (33,4%) - от 54 до 70 лет. Больные были обследованы клинически и инструментально. Клинические исследования включали в себя проведение анкетирования, лабораторных исследований

крови, мочи и кала. Инструментальные методы включали проведение ректороманоскопии, кольпоскопии, влагалищного исследования, где были обнаружены органические и функциональные нарушения органов малого таза при развитии недостаточности мышц тазового дна.

На основании полученных данных были проведены оперативные вмешательства по поводу недостаточности мышц тазового дна урогенитальной и проктогенитальной областей, цистоцеле и ректоцеле.

Результаты и их обсуждение. Функциональные изменения органов малого таза были в виде недержания мочи, нарушения акта дефекации, опущения передней и задней стенок влагалища и нарушения сексуальной жизни больных. У 9 (30 %) из них наблюдалось недержание мочи, тогда как у 7 (23,3%) - нарушение акта дефекации, у 14 (46,7%) - опущение передней и задней стенок влагалища. У 24 (80%) из них совместно с другой патологией, такой как недержание мочи,

нарушение акта дефекации и опущение передней и задней стенок влагалища, имелись нарушения сексуальной жизни.

Все больные были прооперированы по поводу недостаточности мышц тазового дна с наложением непрерывного шва на переднюю стенку влагалища, с последующим наблюдением за их состоянием. Осложнением, наблюдаемым после оперативного вмешательства в урогенитальной области, является кровотечение, проявляющееся на 19-21 день после операции. Основными факторами, способствующими развитию данного состояния, является наложение непрерывного шва на переднюю стенку влагалища и давление, оказываемое полным мочевым пузырём на эту стенку.

Заключение. Наши исследования показывают, что при наложении непрерывного шва при проведении оперативного вмешательства по поводу недостаточности мышц тазового дна урогенитальной области, цистоцеле может развиваться кровотечение при воздействии определённых факторов.

Мухаммадиева С.М., Ахмеджанова Г.А., Алиева Э.К., Сайдахмадова Ш.Дж.

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО ЧИСТО ПРОГЕСТИНОВОГО КОНТРАЦЕПТИВА ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ SAYANA PRESS У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

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

²ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить практическую и теоретическую эффективность современного чисто прогестинового контрацептива пролонгированного действия Саяна-пресс (SAYANA PRESS) у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 63 женщин репродуктивного возраста, которым подкожно введено 104 мг нового инъекционного препарата из группы медроксипрогестерона ацетата (МОПАПД) - SAYANA PRESS, за период с 2023 по 2024 год.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст женщин составил 32,2±0,31 года. В структуре экстрагенитальной патологии анемия различной степени тяжести выявлена у 46%, йоддефицитные состояния – у 56%,

варикозная болезнь - у 28%, ожирение – у 18%, воспалительные заболевания органов малого таза - у 68%, патологические изменения шейки матки – у 51% пациентов.

Из контрацептивного анамнеза установлено, что не использовали в прошлом каких-либо методов предохранения от нежелательной беременности 23% женщин. Среди использующих контрацептивные средства лидировали пользователи ВМС - 53%, КОК - 7,5%, презервативы – 5,8%. При использовании SAYANA PRESS индекс Перля равнялся 0,2. В ходе проведенных нами исследований на индекс Перля оказывали объективные факторы, такие как нарушение техники введения внутримышечных инъекций, а также личная непереносимость контрацептива. При опросе установлено,

что причиной отказа от контрацепции, несмотря на удобство применения, явилось нарушение менструального цикла. Наблюдались продолжительные кровянистые выделения нерегулярного характера в 11% и аменорея в 10% случаев. Из использующих данный метод контрацепции прекратили использовать метод 21% пациенток, в связи с отсутствием полового партнера - 14% женщин.

Заключение. Практическая эффективность метода контрацепции зависит от

соблюдения принципов консультирования при каждом визите квалифицированным специалистом, прошедшим обучение. Индивидуальный подход при выборе контрацептива позволит обеспечить продолжительность и безопасность его использования. Использование SAYANA PRESS женщинами репродуктивного возраста с учетом возраста, интервала между родами, соматического здоровья может рассматриваться как эффективный метод профилактики нежелательной беременности.

Мухиддинов Н.Д., Болтуев К.Х., Абдуллозода Ф.А., Курбонов Н.Г., Милов Ф.Н.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) с применением современных миниинвазивных видеохирургических технологий.

Материал и методы исследования. За последние 12 лет нами было обследовано прооперированно 124 больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. Пациенты прооперированы в отделении общей хирургии и новых технологий ГУ ННМЦ РТ - «Шифобахш» на базе кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ. Мужчин было 55 (44,4%), женщин - 69 (55,6%). Пациенты находились в возрасте от 26 до 78 лет.

Диагноз ГПОД основывался на сбора анамнеза заболевания, клинических проявлениях, а также данные фиброгастроуденоскопии, рентгеноконтрастного исследования желудочно-кишечного тракта, в индивидуальных случаях по показаниям проводили компьютерную и магнитно-резонансную томографию.

Результаты и их обсуждение. Фиброгастроуденоскопия и рентгеноконтрастное исследование пищеводно-желудочного перехода в двух проекциях, как основные методы диагностики, проводили всем па-

циентам с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. По данным ФГДС, у больных с ГПОД выявлен рефлюкс-эзофагит различной степени тяжести: легкой степени - у 89 (71,8%), средней степени - у 22 (17,7%) и тяжелой степени - у 13 (10,5%) пациентов. По данным рентгеноконтрастного исследования скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы выявлена у 101 (81,5%), параэзофагеальная - у 23 (18,5%) пациентов. ГПОД II степени выявлена у 90 (72,5%) больных, III степени - у 22 (17,8%), IV степени - у 12 (9,7%) пациентов.

Из 124 больных с ГПОД 35 пациентам выполнялась видеолaparоскопическая задняя диафрагмокрурорафия с применением сетчатого имплантата с полудлнным разрезом сетки вокруг пищевода с фиксацией 6-8 скобками специальным эндостеплером. Всем 35 больным фундопликацию выполняли по Ниссену.

Среди больных, которым применяли сетчатое протезирование ножек диафрагмы в позднем послеоперационном периоде рецидивов заболевания не отмечалось. Послеоперационные осложнения развились у 4-х больных. У одного пациента на первые сутки отмечали дисфагию, ему потребовалась релaparоскопия с удалением первого шва фундопликационной манжетки. У другого

пациента на 5-е сутки отмечали выделение из дренажной трубки желудочного содержимого, что свидетельствовало о наличии перфорации желудка, больной был взят на повторную лапаротомию, при которой обнаружили перфорацию кардиального отдела желудка в месте создания фундопликационной манжетки. У третьего пациента на 8 сутки обнаружен поддиафрагмальный абсцесс, по поводу которого произведена релапароскопия с санацией и дренированием подпеченочного пространства. У остальных двух пациентов на 2-3 сутки отмечалась дис-

фагия легкой степени, им не потребовалось повторного оперативного вмешательства. Летальных исходов не было.

Заключение. Применение видеолапароскопической технологии в хирургическом лечении больных с ГПОД больших размеров и слабости ножек диафрагмы с использованием сетчатого имплантата способствует укреплению ножек диафрагмы с целью снижения количества рецидивов заболевания, связанных с расхождением ножек диафрагмы, и является высокоэффективным методом хирургического лечения.

*Муриддинов Н.Д., Курбонов Н.Г., Абдуллозода Ф.А.,
Болтуев К.Х., Миров Ф.Н.*

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ В СОЧЕТАНИИ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и ахалазией кардии с применением современных миниинвазивных видеолапароскопических технологий.

Материал и методы исследования. Располагаем опытом миниинвазивного видеолапароскопического хирургического лечения 8 больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы в сочетании с ахалазией кардии за последние 10 лет. Пациенты диагностированы и прооперированы на базе кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗРТ. Среди больных мужчин было 5 (62,5%), женщин - 3 (37,5%). Возраст пациентов варьировал от 26 до 68 лет. У всех больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и ахалазией кардии диагностированы явления эзофагита различной степени тяжести.

Для диагностики ГПОД и ахалазии кардии, а также сопутствующих заболеваний проводили эндоскопические, рентгеноконтрастные исследования желудочно-кишечного тракта, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и, по показаниям, - КТ, МРТ.

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам при поступлении для диагностики применяли фиброгастродуоденоскопию как основной метод исследования. По данным ФГДС у больных с ахалазией кардии выявили наличие кардиоспазма или органического сужения дистального отрезка пищевода с супрастенотическим расширением, которые обычно сопровождаются эзофагитом как результатом застоя пищевых масс. У всех оперированных пациентов в ходе диагностики был выявлен эзофагит различной степени тяжести: легкой степени - у 2 (25%) больных, средней степени - у 5 (62,5%) и тяжелой степени - у 1 (12,5%).

Больным с эзофагитом средней и тяжелой степеней тяжести в качестве предоперационной подготовки проводилась консервативная терапия в течение 10-14 дней с применением повторной ФГДС.

Все больные прооперированы видеолапароскопическим способом под эндотрахеальным наркозом. Среди оперированных больных скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы выявлена у 7 (87,5%), параэзофагеальная - у 1 (12,5%) человека. Объем операции больным с ГПОД, сочетающейся с ахалазией кардии,

заклучался в проведении лапароскопии, передней эзофагокардиомиотомии по Геллеру, задней крурорафии с фундопликацией по Ниссену – 3-м (37,5%) больным и задняя крурорафия с фундопликацией по Туппе - 5 (62,5%) пациентам. В ходе оперативного вмешательства у двух пациентов отмечалась перфорация слизистой оболочки пищевода. Одному пациенту лапароскопическим путем проводилось ушивание перфоративного отверстия с фундопликацией по Ниссену, второму для ликвидации перфоративного отверстия потребовалась конверсия из лапароскопического доступа в открытую традици-

онную операцию. Послеоперационных осложнений не отмечалось.

Заклучение. Современные миниинвазивные видеолaparоскопические технологии в диагностике и хирургическом лечении ГПОД, сочетающейся с ахалазией кардии, являются высокоэффективным методом, и оперативные вмешательства могут быть выполнены в полном объеме, вне зависимости от сочетания ГПОД и ахалазии кардии.

Лапароскопическая кардиомиотомия, выполненная по правильным показаниям и с учетом указанных моментов, обеспечивает благоприятный исход хирургического лечения при ахалазии кардии.

Мухиддинов Н.Д., Курбонов Н.Г., Болтуев К.Х., Мухиддинов Д.Н.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАЛЬЦИНИРОВАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных с кальцинированным эхинококкозом печени.

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 64 больных с кальцинированным эхинококкозом печени. Больные были обследованы и прооперированы в отделении общей хирургии ГЦЗ №2 имени К.Т. Таджикива и хирургическом отделении ГУ ННМЦ РТ - «Шифобахш» в период с 2010 по 2023 гг. Из общего числа пациентов лиц мужского пола было 49 (76,5%), женского - 15 (23,5%). Возраст больных варьировал от 22 до 74 лет.

Для диагностики эхинококкоза применяли общеклинические и инструментальные методы исследования. Наиболее информативным методом диагностики кальцинированного эхинококкоза печени являлись ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгенография грудной клетки, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты и их обсуждение. Одиночные поражения печени были выявлены у 50 (78,1%), множественные - у 14 (21,9%) больных. Размеры кист варьировали от 8,0 см до

22 см. Среди 64 пациентов с кальцинированной эхинококковой кистой печени частичное поражение фиброзной капсулы отмечалось у 48 (75%), тотальное поражение - у 16 (35%) больных с краевым расположением.

Всем больным с кальцинированным эхинококкозом печени оперативный доступ определялся на основании видеолaparоскопии, УЗИ, КТ и МРТ. Видеолaparоскопическую диагностику применяли 22 (34,4%) пациентам с локализацией кисты в правой доле печени в VII-VIII-го сегментах с последующим переходом на открытый доступ через торакофрениколапаротомию. Остальным 33 (51,5%) пациентам с кальцинированной эхинококковой кистой печени оперативный доступ осуществляли из правой подреберной области и у 9 (14,1%) больных применяли верхнесрединную лапаротомию. Для удаления кальцинированных участков фиброзной капсулы нами использован специальный аппарат - бормашина. После эхинококкотомии и освобождения эхинококковой полости от жидкости, хитиновой оболочки и дочерних сколексов определяли наличие кальцинированного участка кисты эхинококкоза печени и аппаратом удаляли толстую фиброзную капсулу и кальцинированный участок кисты

эхинококковой полости с последующим дренированием и ликвидацией остаточной полости. Летальных исходов не было.

Заключение. Применение комплексных УЗ, КТ и МРТ методов диагностики у больных с кальцинированным эхинококкозом печени

улучшает диагностику кальцинированных кист, а использование специального аппарата - «бормашины» - позволяет улучшить результаты хирургического лечения путём удаления кальцинированных участков фиброзной капсулы.

Муриддинов Н.Д., Курбонов Н.Г., Болтуев К.Х., Хасанова Р.М.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА С СОХРАНЕНИЕМ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить возможности видеолaparоскопических операций по сохранению маточной трубы при внематочной трубной беременности.

Материал и методы исследования. Произведен ретроспективный анализ историй болезни 121 женщины, прооперированной по поводу внематочной трубной беременности видеолaparоскопическим способом в отделении общей хирургии и инновационных технологий Национального медицинского центра РТ «Шифобахш» на базе кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ с 2014 г. по 2023 г. Возраст женщин варьировал от 19 до 42 лет, в среднем составил 32 года. В 61 случае (50,4%) у женщин детей не было. Остальные 60 (49,6%) женщин имели от одного до 4 детей.

Больные обратились с характерными жалобами на задержку менструации, боли внизу живота, сонливость, ранний токсикоз (головные боли, головокружение, ухудшение аппетита). Из дополнительных методов: тест на беременность положителен, анализ крови на хорионический гонадотропин человека (ХГЧ) повышен, УЗИ - размеры матки увеличены, визуализируется тубоовариальное образование, в малом тазу - от незначительного количества до 200 мл жидкости. За медицинской помощью женщины обращались в сроки от одних до 7 суток от начала болей. Срок беременности к моменту обращения составлял от 3 до 8 недель, при этом большинство женщин (73 случая - 60,3%) обратились в сроки 3-4 недели.

Результаты и их обсуждение. Все больные оперированы по экстренным показаниям под общим эндотрахеальным наркозом. В хирургическом отделении операции выполнялись видеолaparоскопическим способом. При

ревизии в полости малого таза обнаружено от 50 до 200 мл крови в 117 (96,7%) случаях. Лишь в 4 (3,3%) случаях, когда до операции локализованное в истмической части трубы плодное яйцо уже мигрировало в полость матки, крови в малом тазу и брюшной полости не было. Следует отметить, что из 117 случаев, когда плодное яйцо найдено в просвете трубы, в 68 (58,1%) случаях оно располагалось в левой маточной трубе, в 49 (41,9%) случаях - в правой маточной трубе.

Всем больным произведена видеолaparоскопически ассистированная туботомия с удалением плодного яйца с последующим восстановлением целостности маточной трубы микрохирургическим швом. В 16 случаях (13,2%) установлено наличие кист в яичнике, в связи с чем произведено их удаление. По окончании операции устанавливали контрольную дренажную трубку в полость малого таза, которую удаляли на вторые сутки после контрольного УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Осложнений среди оперированных женщин не было. Больные находились в стационаре от 3 до 5 суток, после чего выписывались под наблюдение гинеколога. Следует отметить, что на операции в качестве ассистента участвовал гинеколог, который и в послеоперационном периоде наблюдал оперированных женщин, назначав консервативные мероприятия при необходимости.

Заключение. Таким образом, видеолaparоскопические вмешательства при внематочной беременности являются малотравматичными и, вместе с тем, эффективными с точки зрения сохранения маточной трубы операциями, которые выступают в роли хорошей альтернативы открытым реконструктивным операциям.

Мухиддинов Н.Д., Муродова Ш.М., Мардонова С.М., Ёрова Х.Х.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Оценка результатов хирургического лечения при недостаточности мышц тазового дна.

Материал и методы исследования. Изучено 80 клинических случаев поступивших женщин с недостаточностью мышц тазового дна. Пациенты диагностированы и прооперированы на базе кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОвСЗ РТ в отделении колопроктологии ГКБ №2 г. Душанбе и Городском центре колопроктологии за 2023 - 2024 годы с ректоцеле и цистоцеле, недостаточностью мышц тазового дна. Возраст больных колебался от 22 до 60 лет. Среди них 6 (7,5%) больных в возрасте от 22 до 30 лет, 54 (67,5%) - от 30 до 45 лет, 20 (25%) - от 45 до 60 лет.

Больные были обследованы клинически: общий анализ крови, мочи, биохимия крови, кал на яйца гельминтов, ССК, анализы на вирусы гепатитов и ВИЧ. Клинические исследования также включали в себя проведение анкетирования, где были обнаружены органические и функциональные нарушения мягких структур тазового дна.

Инструментальные методы обследования включали в себя проведение ректороманоско-

пии, кольпоскопии, влагалищное исследование, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, рентгенографию грудной клетки, доплерографию нижних конечностей и ЭКГ. На основании полученных данных было предложено и произведено оперативное вмешательство по поводу недостаточности мышц тазового дна.

Результаты и их обсуждение. Органические изменения мягких структур были в виде опущения стенок влагалища, шейки матки, ректоцеле, цистоцеле. У 36 (45%) больных выявлено опущение стенок влагалища, у 16 (20%) - опущение шейки матки, у 34 (42,5%) - ректоцеле и у 14 (17,5%) из них наблюдалось цистоцеле. Все больные были прооперированы по поводу недостаточности мышц тазового дна. Применялась операция передней и задней кольпоперинеолеваторопластики с последующей оценкой ближайших результатов хирургического лечения.

Заключение. При хирургическом лечении недостаточности мышц тазового дна необходимо провести комплексный подход к выбору объема проведения оперативного лечения для достижения наилучших результатов послеоперативного лечения.

¹Мухиддинов Н.Д., ^{2,3}Назарзода Ф.Н., ^{1,2}Назаров Х.Ф.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО РЕАКТИВНЫМ ГЕПАТИТОМ И ЖЕЛТУХОЙ

¹Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Кафедра хирургии Хатлонского отделения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

³Медицинский центр «Хатлон», г. Бохтар

Цель исследования. Оценить эффективность применения малоинвазивных технологий при лечении острого калькулёзного холецистита, осложненного реактивным гепатитом и желтухой.

Материал и методы исследования. За последние 3 года на базах кафедры хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ» и кафедры

хирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ» в г. Бохтаре видеолaparоскопия выполнена у 76 пациентов с диагнозом «Острый калькулёзный холецистит, осложненный реактивным гепатитом и желтухой». Возраст больных варьировал от 31 до 78 лет. Мужчин было 25 (32,9%), женщин - 51 (67,1%).

Всем больным до операции проводили клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости и гепатопанкреатодуоденальной зоны, ФГДС, КТ и МРТ. Уровень общего билирубина в сыворотке крови от 30 до 100 мкмоль/л оказался у 55 (72,36%) больных, у 11 (14,47%) - выше 100 мкмоль/л, у остальных 10 (13,6%) больных он находился в пределах нормы. Уровень АлАт от 55 до 200 ед/л оказался у 67 (88,15%) пациентов, у 9 (11,85%) - выше 200 ед/л. Уровень АсАт от 50 ед/л до 180 ед/л имелся почти у 90% больных.

Результаты и их обсуждение. Видеолaparоскопически определены следующие формы острого калькулёзного холецистита (ОКХ): катаральная - 15 (19,74%), флегмонозная - 57 (75%) и гангренозная - 4 (5,26%) формы. Флегмонозная форма ОКХ сопровождалась местным перитонитом и эмпиемой желчного пузыря. При гангренозной форме ОКХ имелся плотный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и внепеченочных желчных протоках (перихолецистит).

Из 76 больных лапароскопической холецистэктомии подвергнуты 73 (96,05%) пациента. Тем больным, у которых уровень билирубина в сыворотке крови был выше нормы, перед холецистэктомией интраоперационно проводилось холангиография. Во всех случаях конкрементов и никакой патологии в области гепатодуоденальной зоны и общего желчного протока не выявлено. Также изъята биопсия из ткани правой доли печени, ближе к ложу желчного пузыря для морфологического исследования. По результатам лабораторных анализов и изучения гистологических препаратов, выявлены структурные изменения, которые свидетельствовали о наличии реактивного гепатита и печеночной желтухи почти у всех больных - 66 (86,84%) пациентов. В 3 (3,95%) случаях перешли на конверсию (традиционная холецистэктомия). Причинами конверсии были деструктивные формы желчного пузыря и плотный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и внепеченочных желчных протоках.

Заключение. Применение малоинвазивных технологий в лечении осложненных форм острого калькулёзного холецистита является эффективным методом, позволяющим проводить ЛХЭ, избегать «напрасной» холедохотомии, а изъятие биопсии из ткани печени позволяет определить послеоперационную тактику лечения реактивного гепатита и желтухи.

Муриддинов Н.Д., Насриддинов Э.К., Элмуродов Э.Х.

ОПЫТ СИМУЛЬТАННОЙ ОПЕРАЦИИ – ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Оценить эффективность симультанной операции - трансуретральной резекции (ТУР) предстательной железы и паховых грыж с применением миниинвазивных и современных технологий.

Материал и методы. Для оценки эффективности симультанных операций ТУР простаты и паховых грыж было проведено обследование и прооперированы 36 больных с гиперплазией предстательной железы, со-

четающейся с паховыми грыжами. Возраст пациентов варьировал от 75 до 94 лет. Объём аденомы простаты варьировал от 50 см³ до 130 см³. Наличие паховых грыж отмечалось у 22 больных с аденомой предстательной железы, а пахово-мошоночная форма имела место у 14 пациентов. Сопутствующие заболевания имелись у всех больных в виде гипертонической болезни II-III степеней, сахарного диабета I-го и II-го типов, камней

мочевого пузыря, дисцеркуляторной энцефалопатии, постинсультных и постинфарктных состояний и др.

Всем проведены общепринятые клинико-лабораторные исследования.

Результаты и их обсуждение. В период с 2022 по 2024 года проведены операции всем 36 больным с ГПЖ и паховыми грыжами. Под спинальной анестезией выполнены одномоментная ТУР простаты и различные способы пластики пахового канала. По результатам послеоперационного состояния: койко-день варьировал от 3-х до 5-ти дней; длительность операции - от 80 мин до 110 минут; кровопотери – от 50 мл до 150 мл; кровотечение наблюдалось у 3% больных.

Послеоперационное состояние удовлетворительное, все пациенты активизи-

рованы в первые дни, на 3-й день катетер Фолея удален. Больные выписывались на 4-5 сутки после операции. На 4-6 сутки после выписки удалены послеоперационные швы. Послеоперационных осложнений не отмечалось. В позднем послеоперационном периоде осложнение развилось у одного больного в виде склероза шейки мочевого пузыря и у 2 больных возник рецидив грыжи.

Заключение. Применение современных миниинвазивных хирургических и урологических технологий для выполнения симультанной операции ТУР простаты и паховых грыж позволяет адекватно выполнить одномоментные операции, что сокращает сроки пребывания больных в стационаре и улучшает качество их жизни.

¹Назарзода Ф.Н., ²Кодиркулов Э., ¹Назаров Х.Ф.

ПРИМЕНЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

¹Кафедра хирургии Хатлонского отделения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», г. Бохтар

²ГУ «Комплекс здравоохранения дружбы Таджикистана и Узбекистана» в Кубодиённом районе

Цель исследования. Оценить экономическую эффективность использования видеолaparоскопической аппендэктомии.

Материал и методы исследования. Нами были сопоставлены результаты лечения в 2-х группах больных, поступивших в ГУ «Комплекс здравоохранения дружбы Таджикистана и Узбекистана» в Кубодиённом районе в 2022-2023 гг., сопоставимых по полу и возрасту. Основная группа больных оперированы эндовидеохирургическим способом с предварительным диагнозом «острый аппендицит». В контрольную группу вошли больные, прооперированные традиционно.

В основном группе оперированы 87 пациентов. По данным патоморфологии, у 58 (66,66%) пациентов выявлен флегмонозный аппендицит, гангренозный аппендицит имелся в 21 (24,14%) случае и у 8 (9,2%) пациентов был простой аппендицит. Диффузный перитонит встречался в 2-х случаях, что служило поводом перехода к открытому способу в связи с техническими трудностями

и деструктивными изменениями червеобразного отростка, которые затрудняли ход операции. По поводу развившихся осложнений произведена одна релапаротомия. Осложнения после проведенной операции развились в одном случае - кровотечение из брыжейки червеобразного отростка.

В контрольной группе оперированы 32 пациента. Острый флегмонозный аппендицит определен у 25 (78,12%), гангренозный - у 5 (15,62%) пациентов, простой аппендицит имелся в 2-х (6,25%) случаях. Перитонит развился у 4-х пациентов. Проводилась релапаротомия. Осложнения отмечались у 3-х пациентов в виде нагноения и инфильтрата послеоперационной раны.

Результаты и их обсуждение. После введения эндовидеохирургической технологии в районных условиях заметно уменьшилось число послеоперационных осложнений - в 3 раза, а напрасные аппендэктомии сократились. Также отмечается снижение времени пребывания пациента в стационаре более

2-х койко-дней, что значительно улучшает финансовый фон стационара. Нами сравнительно проанализировано количество расходных материалов, использованных при лапароскопическом и традиционном методах. Результаты анализа показали, что использование новой технологии позволит сэкономить финансовые затраты на 25%.

Заключение. Эндовидеохирургическая аппендэктомия обладает более высокой клинической эффективностью. Количество «напрасных» аппендэктомий снижается более чем в 2 раза. Средняя длительность пребывания больного в стационаре сократилась с 7,3 до 4 суток, а частота раневых осложнений - с 5,25% до 0,72%.

¹Назарода Х.Н., ¹Назарода Ф.Н., ²Назаров И.Х., ²Камолзода С.К.

АРТРОСКОПИЯ ПРИ ТРАВМАХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЛЕННОГО СУСТАВА

¹Кафедра хирургии Хатлонского отделения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», г. Бохтар, Таджикистан

²Медицинский центр «Хатлон», г. Бохтар, Таджикистан

Цель исследования. Улучшение результатов лечения при повреждениях и заболеваниях коленного сустава..

Материал и методы исследования. В медицинском центре «Тибби Хатлон» города Бохтара за период с 2008 по 2023 годы выполнено 588 артроскопических вмешательств на коленных суставах. Прооперированы 246 женщины и 342 мужчины, средний возраст 36 лет (от 18 до 68 лет).

Все операции произведены артроскопом и инструментами производства фирмы «KarlStors» (4 мм, 30°) в жидкостной среде изотонического раствора хлористого натрия.

Результаты и их обсуждение. Выполнены 482 артроскопические резекции менисков (внутренние - 382, наружные - 81, оба вида - 19). В 21 случае удалены свободные внутрисуставные хондромные, в 5 случаях - инородные (кусочки стекла и заноза) тела. У 5 пациентов с внутрисуставными хондромными и инородными телами клиническая симптоматика симулировала внутрисуставные повреждения. В 28 случаях выявлено частичное повреждение передней крестообразной связки (ПКС), у 15 пациентов имелось изолированное повреждение, в 13 случаях сочеталось с повреждением менисков, во всех случаях произведена резекция поврежденного участка. У 14 пациентов установлены спайки в верхнем завороте, произведено их рассечение. Надо отметить, что в 8 случаях спайки отмечались в виде изолированной патологии коленного сустава, в 6

случаях спайки сочетались с повреждением менисков (4) и хондромалицией (2). У 138 больных установлен диагноз: «Деформирующий остеоартроз коленного сустава с хондромалицией и хондропатией мышечков бедра и большеберцовой кости» I - II степеней тяжести - у 91, III - у 28 и IV степени - у 19 пациентов. У 31 пациента хондромалицию сопровождало повреждение менисков (21), крестообразных связок (5) и внутрисуставные хондромные тела (5). Необходимо отметить, что у 94 пациентов с ДФА и хондропатией мышечков бедра и большеберцовой кости до операции артроскопии было установлено повреждение менисков. Суставы очищали от хондромалиций промыванием 6 – 8 литрами изотонического раствора, удалены частично отделенные фрагменты, в 11 случаях произведена ретроградная туннелизация склерозированного участка, у 5 пациентов произведена рефиксация костно-хрящевого фрагмента.

Послеоперационный период в 97,4% случаев проходил гладко, в остальных случаях отмечались послеоперационные синовиты или гемартроз, которые легко купировались пункцией коленного сустава.

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.

¹Назаров И.Х., ²Назарзода Х.Н., ³Мирзоев Р.Р.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА

¹Хатлонская областная клиническая больница города Бохтара, Таджикистан

²Кафедра хирургии Хатлонского отделения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», г. Бохтар, Таджикистан

³Североуральская центральная городская больница, г. Североуральск, Россия

Цель исследования. Поиск наиболее оптимальных способов оперативной фиксации переломов проксимального отдела бедренной кости на фоне остеопороза с дополнительной медикаментозной терапией остеопороза.

Материал и методы исследования. В период с 2018 по 2023 годы под нашим наблюдением находилось 224 больных с переломами проксимального отдела бедренной кости в возрасте от 34 до 92 лет. Средний возраст составлял 67 лет. С переломами шейки бедра было 146, с переломами вертельной области - 80 пациентов.

Результаты и их обсуждение. В случаях переломов шейки бедренной кости типа Пауэлс I-II и смещения отломков типа Гарден I-III у 102 больных имелись абсолютные показания к первичному эндопротезированию тазобедренного сустава, но сопутствующие заболевания (ИБС, сахарный диабет средней и тяжелой степеней, проблемы со стороны легких) у 42 больных являлись в то же время и противопоказанием к эндопротезированию, у 31 пациента не было финансовой возможности для проведения такой радикальной операции.

Всего первичное эндопротезирование тазобедренного сустава производили у 29 пострадавших. Остеосинтез проксимальным бедренным гвоздем с блокированием (Chm) и Гамма применялся по 16 и 8 пациентов соответственно. Остеосинтез канюлированными винтами АО применён у 9, компрес-

сионными винтами - у 8 пострадавших. При чрезвертельных переломах производили остеосинтез проксимальным бедренным винтом (DHS), при чрезподвертельных переломах выполняли остеосинтез динамическим мышцелковым винтом DCS, проксимальным бедренным гвоздем с блокированием (PFN) и Гамма пластинами.

Все пострадавшие получили терапию по профилактике жировой и тромбоэмболии. Кроме этого, проводилась медикаментозная терапия, направленная на сращение перелома и профилактику остеопороза. В послеоперационном периоде прооперированные пациенты получали препараты кальция в суточной дозе до 1,5 г.

Уже на следующий день после остеосинтеза значительно купировался болевой синдром, больные могли приступать к лечебной физкультуре для активно-пассивной разработки движений в суставах оперированной конечности. Все пациенты были активизированы на 3-4 сутки после операции, уже к 15-16 дню они могли передвигаться самостоятельно с использованием средств опоры, к этому времени обычно выписывались на амбулаторное лечение. У оперированных больных пролежней, пневмоний, тромбоэмболий легочной артерии не отмечено, флеботромбозы составили только 8%. Все больные были выписаны на амбулаторное лечение, в среднем, через 14 дней после операции. К моменту выписки больные могли самостоятельно себя обслуживать, не требовалось

внешней иммобилизации. Воспалительных осложнений не было. Неудовлетворительные результаты у неоперированных больных в виде ложного сустава, асептического некроза, неправильного сращения были выявлены в 81,0% случаев, а у оперированных пациентов подобные осложнения встречались в 12,6% случаев.

Заключение. Таким образом, при переломах проксимального отдела бедренной кости оперативное лечение в виде первичного эндопротезирования тазобедренного сустава и применение малотравматичных способов остеосинтеза могут максимально снизить количество осложнений и улучшить качество жизни пациентов.

¹Назирова С.Н., ²Сагдуллаев Н.Н., ¹Ганиев Ф.И.,
¹Шарифов М.С., ¹Бозоров Ш.М.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУР ГОЛОВЫ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра судебной медицины ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Кафедра судебной медицины Термезского филиала Ташкентской медицинской академии, РУз

Цель исследования. Изучение эпидемиологии и особенностей анатомо-физиологических свойств структур головы у детей, влияющих на характер формирования черепно-мозговой травмы.

Материал и методы исследований. Изучена научно-учебная литература последних лет, посвященная структуре, частоте, особенностям травм структур головы у детей и вопросам судебно-медицинской экспертизы черепно-мозговой травмы.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что ЧМТ у детей до 3-х лет имеет больше особенностей, по сравнению с аналогичной травмой у детей старше 3-х лет, что обусловлено высокой ранимостью головного мозга детей этого возраста при незначительных травмах, например, даже при падениях ребенка с высоты своего роста. Кроме того, у детей этого возраста в начальном периоде травмы головы не выявляются или же весьма скудны очаговые симптомы, зато в последующем стремительно развиваются генерализованные реакции декомпенсации.

У 63-75% детей, перенесших ЧМТ, в отдаленном периоде возникают различные синдромы - задержка физического и психологического развития, существенно влияющие на социально-учебную и в дальнейшем - на трудовую дезадаптацию. Дети разных возрастных групп по-разному реагируют на травму головы, что имеет важное значение

для диагностики, лечения и реабилитации больных детей, а также для судебно-медицинской квалификации степени тяжести травмы. В частности, у детей ясельного возраста ушибы головного мозга со сдавлением наблюдается реже (17,2%), чем у детей дошкольного (26,6%) и школьного (37%) возрастов. Кроме того, у детей ясельного возраста при ЧМТ чаще (31%) сохраняется удовлетворительное состояние, а у детей дошкольного возраста потеря сознания наблюдается от нескольких минут до нескольких суток, в школьном возрасте судорожный синдром наблюдается чаще, чем у детей в других возрастных группах.

Заключение. Травмы всех структур головы у детей, по сравнению с аналогичной травмой у взрослых, отличаются по клиническим и морфологическим проявлениям, степеням и течению, а также по последствиям, обусловленным анатомо-физиологическими особенностями растущего организма, в частности, анатомо-физиологическими свойствами структур головы детей. Черепно-мозговые травмы у детей, особенно у детей младших возрастов, в большинстве случаев (около 75%) имеют легкие формы, в связи с чем симптомы и последствия травмы могут проявляться лишь через определенное время, что приводит к развитию различных вегетативных расстройств в промежуточном и отдаленном периодах травмы.

¹Назиров С.Н., ²Хасанова М.А., ²Ашурова Н.Д., ²Холматова К.И.

АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УСТАНОВЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ СПЕРМЫ В ПЯТНАХ НА ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ

¹Кафедра судебной медицины ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Кафедра судебной медицины Термезского филиала Ташкентской медицинской академии, РУз

Цель исследования. Изучить экспертный материал по установлению наличия спермы на вещественных доказательствах по данным Сурхандарьинского областного филиала научно-практического центра судебно-медицинской экспертизы.

Материал и методы исследования. В основу данной работы положены результаты анализа архивного материала судебно-биологического отдела Сурхандарьинского областного филиала РНПЦСМЭ за 2016–2020 гг. Изучалась эффективность установления наличия спермы в пятнах морфологическим и методом хроматографии на бумаге.

Результаты и их обсуждение. Всего за вышеуказанный период было произ-

ведено 178 экспертиз по поводу половых преступлений. Количество исследованных предметов составило 1254 штук. В этих предмет-носителях было обнаружено 5302 объектов, в которых было установлено наличие спермы морфологическим методом (по Сиропяну) - 2185 и хроматографическим методом - 1089.

Заключение. Таким образом, приведенные выше данные, касающиеся выявления наличия спермы в пятнах морфологическим методом, показывают, что обнаружение спермы не всегда легко выполнимо. Метод хроматографии на бумаге может быть использован с достоверностью для установления наличия спермы в пятнах.

¹Назиров С.Н., ¹Шарифов М.С., ²Бахриев И.И., ³Ашурбоев М.Х., ³Нодирбокиев А.А.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АЛЬГОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВОДОЕМОВ Г. ДУШАНБЕ

¹Кафедра судебной медицины ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Кафедра судебной медицины Термезского филиала Ташкентской медицинской академии, РУз

Цель исследования. Определить альгологический состав основных водоёмов г. Душанбе, где наиболее часто происходят утопления.

Материал и методы исследований. Исследованию подлежали следующие водоёмы: рр. Душанбинка, Варзоб, Элок, Кофарнихон, Лучоб, Такоб. С каждого водоёма забор воды производили с различной глубины в количестве по 1-му литру, доставляли в судебно-гистологический отдел Республиканского центра СМЭ.

Исследование проб воды производили в течение года в различные месяцы: январь-февраль, апрель-май, июль-август и октябрь-ноябрь. Наличие и количество диатомового планктона определяли по модифицированной общепринятой методике. Кроме определения количества диатомей, изучали их морфологическую структуру.

Результаты и их обсуждение. Строение диатомовых водорослей весьма характерно. Клетка водорослей покрыта

пектиновой оболочкой, плотно прилегающей к наружной кремнезёмной оболочке – панцирю. Панцирь состоит из гидрата окиси кремния ($\text{SiO}_2 \cdot n\text{H}_2\text{O}$), близкого к опалу, с плотностью, равной 2,1 г/см³. В естественных условиях он прозрачен и лишь после прокаливания или кипячения в крепких кислотах выявляется скелет панциря. Толщина панциря колеблется от 0,08 до 2,25 мкм.

Диатомовые водоросли обладают способностью противостоять высыханию. Согласно принятой в настоящее время классификации, различают два класса диатомовых: центрические и перистые. Оба класса встречались в наших исследуемых водоёмах, поэтому мы сочли целесообразным в начале этой главы дать общую характеристику каждому классу.

Для класса центрических характерны круглые створки панциря, радиальное расположение структурных элементов, неподвижность, преимущественное обитание в морях и солоноватых водоёмах. В пресных и солоноватых водах известно только 8 родов, из которых в континентальных водоёмах наиболее распространены *Cyclotella* и *Stephanodiscus*. В наших исследованиях были выявлены *Naviculla*, *Tabillaria*, *Symbella*, *Surilla*, *Melosira*, *Gyrosigma*, *Pinullaria* диатомовые водоросли классов центрических и перистых.

Планктон одного и того же водоёма не является неизменным. В течение года одни появляются, другие виды отмирают в определённые сроки, что связано с циклом развития вида, обусловленного температурным и физико-химическим режимом водоёма. Диатомовые водоросли в наших условиях дают два периода развития – весенний и осенний.

По альголическим данным, в течение определённых периодов водоёмы характеризуются постоянством состава диатомового планктона. Это дало нам возможность выявить типичные и характерные водоросли для водоёмов г. Душанбе.

Для исследуемых нами водоёмов были характерны следующие виды диатомового планктона: *Gyrosigma*, *Melosira*, *Tabillaria*, *Surilla*, *Symbella*, *Pinullaria* и *Naviculla*.

Следует отметить, что эти формы в связи с различными факторами внешней среды, а также химическими изменениями состава воды в водоёмах меняются.

Наибольшее количество диатомей в образцах воды из изучаемых водоёмов встречается в летне-осенний период (с июня до ноября), а наименьшее – в зимне-весенний. При анализе каждого отдельно взятого вида диатомового планктона выявлена следующая закономерность: больше всего в исследованных водоёмах обнаружено диатомей *Naviculla* и *Tabillaria*, даже зимой их количество оставалось значительным. Диатомей видов *Gyrosigma* и *Pinullaria* встречались относительно редко и в небольших количествах.

Общая численность диатомовых водорослей зависела также от степени загрязнённости водоёмов. Так, в наиболее загрязнённых речках - Варзоб и Кофарнихон - резко возрастало количество диатомей *Naviculla* и *Surilla* и резко уменьшалось количество диатомей видов *Gyrosigma* и *Pinullaria*. Кроме того, морфологическая характеристика изучаемых планктонов изменялась в зависимости от степени загрязнённости водоёмов.

Как следует, в наиболее неблагоприятных водоёмах – в речках Варзоб, Такоб, Кофарнихон и Лучоб – мы наблюдали сдвиги в морфологической структуре изучаемых диатомей.

Так, например, у диатомей вида *Naviculla* из речки Варзоб постоянно наблюдалось утончение панциря и его разрывы. Эпитека панциря приобретала неправильно-овальную форму, загибы створок были неровные зигзагообразные, пояски панциря во многих случаях отсутствовали. Структура створок чаще складывается в виде поровых каналов и слизистых пор, на панцире отмечается множество выростов и неровностей и др. Аналогичные и более грубые изменения мы наблюдали и у других исследуемых диатомей в речках Кофарнихон, Такоб и Лучоб.

Заключение. Сравнительный анализ видового разнообразия водорослей исследуемых водоёмов показал наличие определённых видов диатомового планктона - *Naviculla*, *Pinullaria*, *Achnantes*, *Gyrosigma*, *Melosira*, *Sinedra*, *Ulnaria* и *Diploneis*, формирование и развитие видового состава, количество которых зависит от сезона года.

По видовому составу диатомовых водорослей представляется возможным установить гидрологический участок конкретного водоёма, в котором вероятнее всего произошло утопление – место утопления.

Намозова З.С., Мухамадиева С.М., Мардонова С.М., Муминова Ш.Т.

ФАКТОРЫ РИСКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ, В СТАЦИОНАРЕ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ

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

Цель исследования. Изучить перинатальные исходы первородящих женщин, перенёсших операцию кесарева сечения (КС), в стационаре третьего уровня.

Материал и методы исследований. Объектом исследования служили первородящие женщины, перенесшие КС.

Проведен ретроспективный анализ 100 историй родов первородящих женщин, родоразрешенных путем операции КС в 2022 году в стационаре третьего уровня - ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии». Критерием включения являлись первородящие женщины, относящиеся к I и II группам классификации М. Робсона (2011г.), то есть 79% пациенток, родоразрешенных при доношенном сроке беременности в экстренном порядке (основная группа). Контрольную группу составили 21% - первородящие женщины, родоразрешенные при доношенном сроке беременности в плановом порядке.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст первородящих женщин составил 29,3 года, при этом каждая вторая (51%) находилась в возрасте 19-24 лет, каждая третья (31%) - 25-34 года, 17% - в возрастном периоде 35-44 лет. Первородящие составляли 75%, повторнобеременные первородящие - 15%, акушерский анамнез которых был отягощен самопроизвольными выкидышами (53,3%) и неразвивающимися беременностями (46,5%), гинекологический - первичным (15%) и вторичным (2%) бесплодием. Из числа госпитализированных женщин более половины (55%) являлись жительницами РРП, каждая четвертая (25%) - Хатлонской области, остальные 20% - Согдийской области и городскими жительницами. Более 80% пациенток были домохозяйками, каждая пятая (20%) - служащими и студентками; более 70% имели среднее образование, каждая четвертая - высшее. Более 60% страдали анемией различной степени (62,5%),

более 1/3 - заболевания мочевыделительной и дыхательной систем (38% и 35,4% соответственно), каждая третья (30,2%) - ИДС, реже встречались миопия различной степени и ожирение (14,6%).

Из числа первородящих, родоразрешенных в экстренном порядке (79%), показанием к КС явились: обструктивные роды (19%), частичная отслойка нормально расположенной плаценты (15%), дистресс-плода (12%), первородящие старше 35 лет, у которых произошел дородовый разрыв плодных оболочек (10%), неудовлетворительный прогресс родов (7%), осложнение тяжелой преэклампсии (4%), хориоамнионит (3%), бесплодие+дородовый разрыв плодных оболочек (5%), лицевое предлежание плода (2%). Из числа родоразрешенных в плановом порядке (21%) показанием к КС явились: миопия высокой степени (8%), первобеременная + бесплодие в анамнезе (6%), врожденный порок сердца (4%), симфизит (2%), врожденный порок тазобедренного сустава (1%). Из общего числа новорожденных, извлеченных путем КС при доношенном сроке беременности, каждый десятый (10%) родился с синдромом задержки развития плода при массе 2000-2499 г, остальные 90% имели при рождении массу 3000 г и более. Каждый пятый (20%) новорожденный (20%) родился в тяжелом и средне-тяжелом состоянии с оценкой по шкале Апгар 6 и менее баллов, остальные - в удовлетворительном состоянии (7-8 баллов). Выписаны домой 87% младенцев, остальные 13 переведены на второй этап выхаживания новорожденных.

Заключение. Улучшение антенатального ухода у первородящих женщин позволит своевременно выявить факторы риска и избежать проблемы рубца на матке. Соблюдение принципов маршрутизации беременных и рожениц из родовспомогательных учреждений 1 и 2 уровней страны позволит улучшить перинатальные исходы в стационаре третьего уровня.

Насридинова Х.С., Нарзуллаева А.Р., Мухамадиева С.М., Тошматова М.К.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

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

²Кафедра кардиологии с курсом клинической фармакологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить особенности течения и исходов беременности у женщин с пролапсом митрального клапана.

Материал и методы исследований. Объект исследования - беременные с пролапсом митрального клапана (ПМК), родоразрешенные в ГУ «ТНИИ акушерства, гинекологии и перинатологии» в 2015-2022 гг.

Проведен ретроспективный анализ 25 историй родов беременных с врожденными пороками сердца за 2015-2022 гг. (сплошное исследование).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных женщин составил $28,6 \pm 7,29$ лет, из них активного репродуктивного возраста (РВ) (25-34 года) - 10 (40%) женщин, раннего РВ (20-24 года) - 10 (40%) женщин, позднего РВ (35-44 лет) - 5 (20%) женщин. Выявлено, что только у 3 (12%) женщин кроме ПМК не было выявлено ни одного экстрагенитального заболевания, тогда как у остальной части обследованных - 22 (88%) - выявлены следующие заболевания: ожирение, диффузный зоб, хронический пиелонефрит, анемия легкой или средней степеней тяжести, заболевания ЖКТ, заболевания органов дыхания. У 3 (12%) наблюдался отягощенный гинекологический анамнез, при этом 1 (4%) страдала от бесплодия. Среди обследованных женщин первобеременных было 7 (28%) первородящих - 1 (4%), повторнородящих - 14 (56%), многорожавших - 3 (12%). 11 (44%) женщин имели отягощенный акушерский анамнез. Кесарево сечение в прошлом произведено в 5 (20%) случаях, самопроизвольные выкидыши имели место в 6 (24%) случаях, неразвивающаяся беременность - в 2 (8%), медицинский аборт - у 5 (20%), интранатальная/ранняя неонатальная гибель плода - в 1 (12%) случае, преждевременные роды - у 3 (12%), домашние роды - у 3 (12%) женщин. Кесарево сечение было произведено 10 (40%), роды через естественные родовые пути - у 15 (60%).

Функционально-гемодинамическая характеристика сердечно-сосудистой си-

стемы характеризовалась удовлетворительными показателями: так, среднее значение фракции выброса составило $58,2 \pm 2,28\%$, только у 6 (24%) больных была выявлена регургитация митрального клапана 1-2 степеней. Данные ЭКГ также подтверждают благоприятное течение беременности у этой категории больных, только у 3 (12%) была выявлена синусовая тахикардия, у остальных 22 (88%) больных ЭКГ было в пределах нормы. Синдром задержки роста плода выявлен в 1 (4%) случае, нарушение маточно-плацентарного кровообращения - в 1 (4%).

Родоразрешение произведено по сроку гестации в 36%, преждевременно (до 35-36 недель) - в 12%, срочные роды - в 28%, запоздалые - в 4%, медикаментозный аборт - в 4%, всем остальным беременность была пролонгирована.

Из 25 случаев кесарево сечение (КС) произведено в 10 (40%) случаях, в остальных 11 (44%) - роды произошли через естественные родовые пути. У 8 (80%) от удельного веса всех случаев КС было проведено оперативное родоразрешение по акушерским показаниям, у 2 (20%) - по показаниям со стороны других органов и систем (миопия и арахноидальная киста), и ни в одном случае КС не было проведено по показаниям со стороны сердечно-сосудистой системы.

Перинатальные исходы были следующими: доношенными родились 88% младенцев (массой 2500 - 2999 г - 12%, 3000 - 3999 г - 76%). Из 12% недоношенных новорожденных массой 1000 - 1499 г - 8%, 1500 - 2499 г - 4%, в обследуемой группе не наблюдалось детей, родившихся массой 500 - 999 г и более 4000 г. Средние показатели шкалы Апгар составляли $7 \pm 0,97$ и $7,8 \pm 0,83$ баллов. Перинатальные потери не наблюдались.

Заключение. Среди беременных с пролапсом митрального клапана не наблюдалось случаев с высоким риском по материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Не было выявлено также нео-

боснованного проведения кесарева сечения у данной категории больных. Несмотря на то, что ПМК встречается довольно часто, у беременных не наблюдается ухудшения состояния ССС и сама беременность протекает без осложнений. Таким больным необхо-

димо уделять внимание и мониторировать гемодинамические показатели, а также симптомы и признаки коморбидных состояний, иногда утяжеляющих состояние женщин с ПМК, например анемия, диффузный зоб, хроническая инфекция.

¹Назирова С.Н., ²Норкулов У.Ф., ³Сагдуллаев Н.Н.,
³Мухаммадиев Н.Н., ¹Шарифов М.С.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ СТРУКТУРЫ ГОЛОВЫ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ОРУДИЯ ТРАВМЫ

¹Кафедра судебной медицины ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Самаркандский филиал РНПЦ СМЭ МЗ РУз, г. Самарканд, Узбекистан

³Термезский филиал Ташкентской медицинской академии и Сурхандарьинский филиал РНПЦ СМЭ МЗ РУз, г. Термез, Узбекистан

Цель исследований. Применение метода моделирования повреждений структуры головы для установления орудия травмы.

Материал и методы исследований. Проведен анализ результатов судебно-медицинских экспертиз в отношении 369 трупов лиц, погибших в результате тяжелой черепно-мозговой травмы, сопровождавшейся переломами костей черепа. Проведено углубленное медико-криминалистическое исследование 68 переломов костей черепа, изъятых от трупов лиц, погибших в результате черепно-мозговой травмы от воздействия различных тупых твердых предметов. Среди лиц, погибших от черепно-мозговой травмы, мужчины составляли 291 (78,0%), женщины - 78 (22%), возраст погибших от 17 до 74 лет. Переломы костей черепа, подвергнутые специальному медико-криминалистическому исследованию, принадлежали мужчинам - 55 (80,0%) и женщинам - 13 (20,0%) в возрасте от 21 года до 66 лет.

В процессе исследования проанализированы морфологические особенности повреждений мягких тканей головы и переломов костей черепа, возникших при различных обстоятельствах тупой механической травмы. При этом было обращено внимание на характер, локализацию, объем, распространенность повреждений и вид травмы.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от свойств травмирующих орудий (предметов) переломы костей черепа, повергнутые медико-криминалистическим исследованиям, распределялись следующим образом: от воздействия предметов с ограниченной соударяющей поверхностью (11); от воздействия предметов со сферической поверхностью (6); от воздействия предметов цилиндрической формы (12); от воздействия предметов с многогранной поверхностью (39).

Предметы, которые в качестве предполагаемых орудий травмы были изъятые в процессе осмотра места происшествия в установленном порядке, были подвергнуты судебно-биологическому и медико-криминалистическому исследованиям, а по данным последнего выполнялись экспертизы идентификации орудия. Результаты сравнения получены с использованием компьютера PentiumIV.

Заключение. Метод экспериментального моделирования кожных ран и переломов костей черепа на небиологическом объекте, с получением слепков повреждений тканей, их следов на небиологическом объекте и копий, с последующим сопоставлением их путем наложения, может позволить установить свойства орудий травмы и направлений ударов тупых твердых предметов.

Нурматова З.И.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ВАГИНАЛЬНОЙ МИКРОФЛОРЫ ПОСЛЕ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА И ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра сестринского дела Согдийского отделения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ», Худжанд

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности применения препарата «Тержинан» для восстановления нормальной микрофлоры влагалища после противомикробной терапии бактериального вагиноза и для профилактики рецидивов вульво-вагинального кандидоза у пациенток во время беременности.

Материал и методы исследований. Проведено многоцентровое сравнительное неинтервенционное исследование, в которое вошло 80 женщин в III триместре беременности с диагнозом острого бактериального вагиноза ($n=40$) или острого вульво-вагинального кандидоза ($n=40$), наблюдаемых в отделении патологии беременных Худжанского городского родильного дома за период 2023-2024 г.

Обследование включало общеклинические методы, бактериоскопическое исследование вагинального отделяемого и посев на питательные среды для выделения возбудителя и определения чувствительности к антимикотическим препаратам.

По 20 женщин из каждой группы получали только стандартную противомикробную терапию. Еще по 20 женщин после проведения противомикробной терапии вторым этапом получали препарат «Тержинан». Наблюдение за пациентками продолжалось до родоразрешения и выписки из роддома.

Главным критерием оценки эффективности лечения являлась частота рецидивов бактериального вагиноза и вульво-вагинального кандидоза у пациенток до родов. Также оценивали акушерские и перинатальные исходы родов, вид и продолжительность противомикробной терапии бактериального вагиноза и вульво-вагинального кандидоза.

Результаты и их обсуждение. По характеру применявшейся лекарственной терапии (местные и системные противомикробные препараты) в течение данной беременности до включения в исследование

подгруппы не различались ($p>0,05$). По первичному критерию оценки эффективности (частота рецидивов бактериального вагиноза и вульво-вагинального кандидоза у пациенток после проведенного лечения до родов) были выявлены статистически значимые различия между подгруппами ($p<0,05$). Среди пациенток с бактериальным вагинозом и вульво-вагинальным кандидозом, получивших терапию тержинаном, не было рецидивов заболевания в течение всего периода исследования. В группах же только антибактериальной или антимикотической терапии рецидивы зарегистрированы у 10 (40%) пациенток с бактериальным вагинозом и у 7 (28%) пациенток с вульво-вагинальным кандидозом.

При оценке осложнений беременности, родов и послеродового периода было выявлено, что у пациенток с бактериальным вагинозом, применявших пробиотическую терапию (подгруппа 1), реже встречалась анемия (4% против 28% в подгруппе 2, $p<0,05$), а у пациенток с вульво-вагинальным кандидозом, применявших пробиотическую терапию (подгруппа 3), преждевременного разрыва плодных оболочек плода не отмечено, тогда как в подгруппе 4 данное осложнение регистрировали в 32% наблюдений ($p<0,05$). Как известно, изменение микрофлоры влагалища и увеличение в ней количества патогенных микроорганизмов относятся к числу основных причин преждевременного излития околоплодных вод. Преждевременный разрыв околоплодных оболочек тесно связан с перинатальной инфекцией и в 10 раз повышает риск неонатального сепсиса, высокой перинатальной и младенческой смертности, а также гнойно-септических осложнений у матери.

Анализ остальных акушерских осложнений (пре-эклампсия, внутриутробная задержка развития плода, патология околоплодных вод, угроза преждевременных родов, гемолитическая болезнь плода,

плацентарная недостаточность, гипоксия плода в родах, послеродовой эндометрит, слабость родовой деятельности, лохиометра) не выявил значимых различий между сравниваемыми подгруппами ($p > 0,05$). Также установлено, что пациентки, не получившие препарат «Тержинан», чаще прибегали к повторному применению антибактериальных и антимикотических препаратов в течение беременности ($p < 0,05$), вероятно, ввиду развития последующих рецидивов заболевания в течение беременности до родов.

За время исследования не было выявлено нежелательных явлений, связанных с исследуемой терапией. Следовательно, лечение

препаратом «Тержинан» безопасно для применения во время беременности.

Заключение. Результаты исследования демонстрируют достаточную эффективность и безопасность тержинана для восстановления нормальной микрофлоры влагалища после противомикробной терапии и для профилактики вульво-вагинального кандидоза у пациенток в III триместре беременности. Применение препарата в комплексной терапии бактериального вагиноза и вульво-вагинального кандидоза снижает риск рецидивов заболевания и способствует более благоприятному течению беременности вплоть до родов.

¹Обидов С.А., ²Олимов А.М.

СОСТОЯНИЕ ИСХОДНЫХ ИНТЕНСИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ НЕСРАЩЕНИЯМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

¹Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Изучение исходных интенсивных показателей кариеса зубов и заболеваний пародонта у детей с врожденными несращениями губы и нёба.

Материал и методы исследований. Для оценки распространенности и интенсивности основных стоматологических заболеваний было проведено клинико-эпидемиологическое обследование 108 детей ключевых возрастных группах (3, 6, 9, 12, 15 лет) с врожденными несращениями верхней губы и нёба. Обследованные дети составили более 20 человек каждого возраста. Пациенты, их родители, а также медицинский персонал больницы были проинструктированы о методах предстоящего обследования, с обязательным оформлением письменных информированных согласий.

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») Среди обследованных детей значение интенсивных

показателей заболеваний пародонта оценивалось с использованием индекса СР1ТН, разработанному специалистами ВОЗ.

С целью определения первоначальных интенсивных показателей пародонтологического статуса у детей с несращениями губы и нёба мы остановили свой выбор на пародонтальном индексе ВОЗ, обозначаемом как СР1ТН. Среди обследованных детей регистрацию данных для этого индекса проводили по следующим признакам-кодам: нет патологических признаков (СР1ТН = 0); наблюдается кровоточивость десен после зондирования (СР1ТН = 1); обнаруживаются над- и поддесневой зубной камень (СР1ТН = 2); имеется патологический зубодесневой карман глубиной 4-5 мм (СР1ТН = 3).

Результаты и их обсуждение. Врожденные несращения верхней губы и нёба относятся к числу наиболее тяжелых пороков развития челюстно-лицевой области. Большинство детей с этим пороком считаются инвалидами с момента рождения и нуждаются в длительном комплексном специализированном лечении, особом уходе и воспитании. Это связано со сложностью функциональных нарушений органов и тканей полости рта, а

также со множеством нерешенных вопросов их профилактики и лечения, с дальнейшим становлением личности больных, их образовательным, профессиональным уровнем и социальной адаптацией.

Результаты клинического обследования кариесологического статуса в ключевых возрастных группах детей с врожденными несращениями верхней губы и нёба позволили выявить достаточно высокую поражаемость кариесом как временных, так и постоянных зубов во всех возрастных группах. Как свидетельствуют полученные данные, интенсивные показатели кариесологического статуса по индексу кпз колебались у 3-летних детей от $0,21 \pm 0,03$ до $0,83 \pm 0,05$, по индексу КПУз+кпз у 6- и 9-летних детей – соответственно от $0,86 \pm 0,04$ до $1,5 \pm 0,05$ и от $1,2 \pm 0,05$ до $2,1 \pm 0,06$, по индексу КПУз у 12-летних – от $1,1 \pm 0,03$ до $2,3 \pm 0,13$, у 15-летних подростков – от $2,91 \pm 0,12$ до $4,85 \pm 0,24$ при соответствующем усредненном значении $0,45 \pm 0,04$,

$1,18 \pm 0,09$, $1,75 \pm 0,09$, $2,25 \pm 0,08$, $3,88 \pm 0,28$ единиц на одного ребенка с врожденными несращениями верхней губы и нёба.

Из всех регистрируемых признаков патологии пародонта у детей с врожденными несращениями губы и нёба встречались все структурные элементы исследуемого индекса, за исключением кода СР1ТН 4. Так, исходные значения кровоточивости дёсен (СР1ТН 1) и наличия зубного камня (СР1ТН 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 (СР1ТН 3) 2,7%.

Заключение. Таким образом, функциональные нарушения в зубочелюстной системе у детей с врожденными несращениями верхней губы и нёба сочетаются с высокой интенсивностью кариесологического и пародонтологического статусов.

¹Олимов А.М., ²Ашуров Г.Г.

ИСХОДНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Индексная оценка пародонтологического статуса у детей с расщелиной губы и нёба в зависимости от формы несражений.

Материал и методы исследований. Для изучения исходного уровня стоматологического статуса детей с зубочелюстными аномалиями комплексная индексная оценка проводилась у 47 профильных пациентов. Дети с расщелиной верхней губы и нёба были разделены на 3 группы. Первую группу составили 17 детей с изолированной формой несращения верхней губы. Вторую группу составили 7 детей с изолированной формой несращения нёба. В третьей группе вошли 23 больных с сочетанной формой несращения верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого нёба. Для постановки пародонтологического диагноза пользовались классификацией заболеваний пародонта,

которая составлена в соответствии с постановлением XVI Пленума Всесоюзного научного общества стоматологов (Ереван, 1983).

На основании подробного анализа многочисленных методов индексной оценки в пародонтологии мы остановили свой выбор на индексе, предложенном ВОЗ, обозначаемом как СР1ТН (индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта), по нижеследующим соображениям: индекс прост в употреблении, позволяет быстрое обследование больных, являясь безболезненным для них; отражает реальную картину поражений пародонта во всей ее полноте, применим для зубов любой локализации и достаточно чувствителен для слабовыраженных поражений тканей пародонта; включает параметры, оценка которых наименее подвержена субъективизму исследования; дает воспроизводимые результаты у одного и того же больного, позволяя

получить калибровку данных для контроля качества исследований; позволяет получать результаты, которые корректно обрабатываются статистическим методом; позволяет провести оценку поражений пародонта и потребности проведения пародонтологических и стоматологических мероприятий.

Регистрацию данных для индекса CPITN проводили по следующим признакам-кодам: код CPITN № 0 - нет патологических признаков; код CPITN № 1 - кровоточивость после зондирования; код CPITN № 2 - над- и поддесневой зубной камень; код CPITN № 3 - патологический зубодесневой карман глубиной 4-5 мм.

Анализ полученных результатов провели по оценке количества обследованных секстантов зубных дуг, атрибутируемых к определенному коду CPITN в группах обследованных. Состояние секстанта оценивали по зубу, имеющему наихудший индекс. Потребности лечебных пародонтологических мероприятий оценивали параллельно по следующим кодам: код 0 - лечение не требуется; код 1 - необходимость в улучшении гигиены полости рта; коды 2 и 3 - кроме гигиенических мероприятий требуется профессиональная обработка тканей десен, десневых карманов и др.

Результаты и их обсуждение. Расщелина верхней губы и нёба является самым распространенным пороком развития челюстно-лицевой области. Частота встречаемости порока варьирует в диапазоне от 1:600 до 1:1100 жизнеспособных новорожденных. Реабилитация пациентов с расщелиной губы и нёба представляет собой процесс, который происходит от рождения до взрослой жизни и включает в себя команду из многих специалистов.

Структура индекса нуждаемости в лечении болезней пародонта (индекс CPITN) свидетельствует о высоком уровне заболеваемости пародонта у детей с сочетанной формой несращения верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого нёба. На это указывают и данные о практическом отсутствии этих же лиц со здоровым пародонтом.

Как свидетельствуют полученные результаты, из всех регистрируемых признаков патологии пародонта у детей с изолированной формой несращения верхней губы встречались нижеследующие структурные элементы исследуемого индекса. Так, кровоточивость десен (код CPITN 1) в возрасте 6-9 лет в среднем составила $76,5 \pm 3,12\%$, в 9-12 лет – $81,2 \pm 3,22\%$. В последующих возрастных группах детей (12-16 лет) с сочетанной формой

несращения верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого нёба отмечалось достоверное увеличение данного патологического признака пародонта ($97,6 \pm 4,23\%$). Интенсивность отложения зубного камня (код CPITN 2) у детей с изолированной формой несращения верхней губы составила соответственно $2,26 \pm 0,21$ (37,7%), $2,29 \pm 0,19$ (38,2%) и $2,14 \pm 0,17$ (35,7%).

У детей с изолированной формой несращения нёба кровоточивость десен в первой возрастной группе в среднем составила $81,4 \pm 3,13\%$, в последующих возрастных группах среднецифровое значение исследуемой величины составило соответственно $86,0 \pm 3,19\%$, $95,3 \pm 3,20\%$ и $96,9 \pm 3,12\%$. Распространенность минерализованного зубного отложения среди детей этой группы составила 42,6% при интенсивности $2,56 \pm 0,22$ пародонтального сегмента в возрасте 6-9 лет, при распространенности 43,1% и сегментарного поражения $2,59 \pm 0,31$ в возрасте 9-12 лет и усредненном значении 40,6% ($2,44 \pm 0,20$) в возрастной группе 12-16 лет.

У детей с сочетанной формой несращения верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого нёба в возрасте 6-9 лет интенсивный показатель десневого кармана глубиной 4-5 мм в среднем составил $3,26 \pm 0,15$ сегмента на одного обследованного при распространенности 54,4%, в возрасте 9-12 лет – $3,65 \pm 0,11$ пародонтального сегмента при распространенности 60,8%, в возрасте 12-16 лет – $3,99 \pm 0,22$ сегмента и 66,5% при усредненном значении $4,07 \pm 0,25$, 68,1%.

Усредненные показатели общей распространенности и интенсивности заболеваний пародонта по индексу нуждаемости в лечении заболеваний пародонта у детей с сочетанной формой несращения верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого нёба выглядят следующим образом. Распространенность кровоточивости десен в возрастных группах 6-9, 9-12 и 12-16 лет составила соответственно 90,6%, 95,5% и 97,1%.

Распространенность зубного камня у детей с сочетанной формой несращения верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого нёба среди обследованных возрастных групп детей составила соответственно 51,3%, 54,7% и 56,8%.

На основании полученных материалов можно заключить, что общая распространенность пародонтальной патологии и среднее количество поражённых секстантов на одного обследованного отражали потребность детей с расщелиной верхней губы и нёба в соответствующих лечебно-профилактических меро-

приятных. В данном случае гигиеническое обучение требовалось 100% обследованных всех возрастных групп детей, в профессиональной гигиене в среднем нуждались 94,6±3,06% обследованных лиц.

Заключение. Таким образом, у детей с сочетанной формой несращения верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого

нёба отмечается высокая распространённость и интенсивность патологических признаков пародонта, что диктует необходимость строгого контроля на протяжении заболевания и разработки дифференцированных форм стоматологического обслуживания данных детей с учетом формы нарушения зубочелюстной аномалии.

¹Олимов А.М., ²Ашуров Г.Г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У ДЕТЕЙ С РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучение эффективности ряда медикаментозных средств в комплексной терапии хронического генерализованного гингивита у детей с расщелиной губы и нёба.

Материал и методы исследований. Под наблюдением находились 28 детей в возрасте от 6 до 16 лет. При этом отмечалось превалирование данных патологий среди мальчиков - 16 (57,1%), девочек с врожденными расщелинами губы и нёба было 12 (42,9%) ($p < 0,01$).

О состоянии интегрального показателя неспецифической резистентности организма судили по активности лизоцима сыворотки крови и смешанной слюны. По значениям данных показателей обследованные дети как основной (28 чел.), так и контрольной (10 чел., с интактным пародонтом и отсутствием расщелины губы и нёба) групп были подразделены на 2 группы: с благоприятным и неблагоприятным уровнями интегрального показателя неспецифической защиты организма. Критериями оценки благоприятного состояния неспецифической резистентности организма служили данные, полученные при обследовании 10 практически здоровых детей без врожденной расщелины губы и нёба, а также с интактным пародонтом: активность лизоцима сыворотки крови – не менее 15%, активность лизоцима смешанной слюны – не менее 40%.

Комплексное лечение гингивита складывалось из общепринятых воздействий на пародонт: индивидуальная и профессиональная гигиена полости рта, обработка 3%

раствором перекиси водорода и кюретаж пародонтальных карманов по показаниям.

Основную группу детей с благоприятным исходным уровнем неспецифической резистентности организма (8 чел.) подразделяли на 2 подгруппы по 4 человека: в 1-й подгруппе наряду с традиционным лечением для орошения пародонта использовали 0,2% раствор хлоргексидина; во 2-й – проводили традиционное лечение. Орошение пародонта осуществляли ежедневно 1 раз в день по 3-4 мин, курс состоял из 10 сеансов. Повторный курс орошения назначали через 1,5-2 мес, в дальнейшем – через каждые 6-8 мес.

Обследованные дети с неблагоприятным уровнем резистентности организма (20 чел.) были подразделены на 3 подгруппы: по 7, 7 и 6 человек. В 1-й подгруппе пациенты получали наряду с традиционным лечением оротат калия, обладающий иммуномодулирующим действием, и орошение пародонта 0,2% раствором хлоргексидина; во 2-й – оротат калия, пародонт обрабатывали только 3% раствором перекиси водорода; в 3-й (контрольной) – только традиционное лечение. Оротат калия назначали внутрь по 1-й таблетке (0,5 г) 2 раза в день на протяжении 20 дней.

Эффективность пародонтологического лечения оценивали по данным клинко-рентгенологического исследования, результатам пробы Шиллера-Писарева, значениям индексов – пародонтального (ПИ), папиллярно-маргинально-альвеолярного (РМА), гигиенического (ИГ) по Федорову-Володкиной и времени образования вакуумной гематомы

(проба Кулаженко). Все перечисленные показатели определяли непосредственно после проведения 1-го курса лечения, через 6-8 и 12-24 мес.

Результаты и их обсуждение. Заболевания пародонта являются актуальной проблемой стоматологии и медицины, что связано с их высоким уровнем частоты у населения, которые обуславливают потерю зубов, формируют дисфункции зубочелюстной системы, патологических процессов желудочно-кишечного тракта и др. При этом воспалительные процессы тканей пародонта, являясь очагами хронической инфекции полости рта, могут способствовать возникновению и развитию очагово-обусловленных заболеваний в организме.

Динамика показателей состояния пародонта и значения ИГ у детей основной группы с исходным благоприятным уровнем неспецифической резистентности организма при введении в лечебный комплекс орошения пародонта раствором хлоргексидина позволяет отметить, что как непосредственно после 1-го курса лечения, так и через 6-8 мес. достоверно уменьшились значения ПИ, РМА, ИГ (соответственно $0,6 \pm 0,2$ ед., $19,2 \pm 3,7\%$, $1,5 \pm 0,1$ ед. и $0,7 \pm 0,1$ ед., $23,2 \pm 2,8\%$, $1,8 \pm 0,1$ ед.) против исходных значений исследуемых показателей до лечения (соответственно $1,5 \pm 0,1$ ед., $37,5 \pm 3,9\%$, $2,2 \pm 0,2$ ед.). Через 12-24 мес наблюдали дальнейшее улучшение значения ПИ ($0,6 \pm 0,01$ ед.), РМА ($18,2 \pm 1,6\%$) и ИГ ($1,5 \pm 0,1$ ед.).

До пародонтального лечения значение вакуумной пробы среди обследованных детей основной группы в среднем составило $33,8 \pm 2,3$ сек. В ходе проведенного лечения увеличилось время образования вакуумной гематомы: после 1-го курса лечения ее значение составило $45,4 \pm 2,1$ сек, через 6-8 мес – $38,6 \pm 2,2$ сек, через 12-24 мес – $44,8 \pm 3,5$

сек. Среднее число пародонтальных карманов на 1 обследованного до проведенного лечения пародонтологического характера составило $1,8 \pm 0,5$, после 1-го курса лечения – $1,2 \pm 0,2$, через 6-8 мес – $0,6 \pm 0,05$, спустя 12-24 мес. после пародонтологического лечения – $0,3 \pm 0,04$.

Динамика показателей состояния пародонта у детей основной группы с исходным неблагоприятным уровнем неспецифической резистентности организма после первого курса лечения при введении в лечебный комплекс орота калия и хлоргексидина свидетельствует о достоверном снижении индексов ПИ ($0,5 \pm 0,1$ ед.), РМА ($11,6 \pm 3,4\%$) и ИГ ($1,3 \pm 0,1$ ед.) против значения исследуемых показателей до лечения (соответственно $1,7 \pm 0,3$ ед., $42,0 \pm 6,5\%$ и $2,1 \pm 0,1$ ед.).

У лиц с неблагоприятным уровнем интегрального показателя неспецифической защиты организма при введении в лечебный комплекс только орота калия после первого курса лечения значения ПИ и РМА были достоверно лучше (соответственно $1,1 \pm 0,1$ ед. и $11,6 \pm 3,4\%$), по сравнению с исходными значениями ПИ ($1,8 \pm 0,2$ ед.) и РМА ($45,5 \pm 5,4\%$). Однако через 6-8 и 12-24 мес. недостоверным оказалось значение ПИ (соответственно $1,0 \pm 0,2$ и $0,7 \pm 0,1$ ед.), а среднецифровое значение индекса РМА соответствовало $25,2 \pm 3,0$ и $19,6 \pm 4,3\%$. В целом, состояние тканей пародонта во все сроки исследования укладывалось в критерии оценки «улучшение».

Заключение. Таким образом, у детей с расщелиной губы и нёба при относительно благоприятном состоянии интегрального показателя неспецифической резистентности организма установлена высокая эффективность комплексного лечения гингивита, включающего дополнительно к традиционным воздействиям орошение пародонта раствором хлоргексидина.

Остонаева О.М., Исмоилов М.М., Шарипов Г.Н., Зиёода С.С.

ТРУБНАЯ ФОРМА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ: ПОКАЗАНИЯ К РАЗЛИЧНЫМ МЕТОДАМ РЕКОНСТРУКЦИИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Оптимизация показаний к выполнению различных методов восстановления проходимости маточной трубы при внематочной беременности.

Материал и методы исследования. В отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с 2010

по 2023 годы обратилось 783 женщины по поводу диагностированной трубной формы внематочной беременности. Средний возраст больных составил $27,5 \pm 1,8$ года. Все женщины первично обследовались у гинекологов, но так как в гинекологических учреждениях производятся лишь радикальные операции, то по письменному направлению гинекологов обращались в отделение восстановительной хирургии.

Всем пациенткам выполнялись стандартные методы исследования, в частности ультразвуковое исследование органом малого таза и брюшной полости, исследование крови на ХГЧ, а также забор стандартного набора анализов крови.

Результаты и их обсуждение. В ходе выполнения реконструктивных микрохирургических операций было установлено, что эффективность восстановления и сохранения реконструктивной функции напрямую зависит от локализации плодного яйца. Ампулярная локализация, на долю которой приходится, по данным современной научной литературы, до 95% всех случаев трубной формы внематочной беременности, встречалась у 703 женщин. Сохранить трубу удалось в 689 случаях. Из 64 случаев фимбриальной локализации восстановительные операции удалось при всех хирургических вмешательствах. При расположении плодного яйца в истмической части – 12 случаев, восстановить трубу удалось лишь в 75%, в трёх случаях пришлось выполнить тубэктомия. Важно отметить, что большая часть литературных источ-

ников рекомендует удалять трубу при истмическом расположении плодного яйца, так как эта зона довольно кровоточива и имеет высокие риски послеоперационного кровотечения. Однако в нашем исследовании послеоперационный период протекал без осложнений. За счёт хорошего коагулирования, а также перевязки некоторых сосудов брыжейки, удалось предотвратить кровотечение без нарушения кровоснабжения трубы. Из вышеописанных случаев в 23 пациентки обращались первично в отделение эндохирургии. К сожалению, в ходе исследования малого таза и брюшной полости оказывалось, что выполнение миниинвазивного вмешательства невозможно ввиду обильного кровотечения и опасной локализации плода. В этих случаях выполнялся переход на лапаротомию. Во всех случаях удалось восстановить проходимость маточной трубы.

Заключение. Лапароскопические операции считаются малотравматичными и оптимально подходящими для удаления плодного яйца в полости трубы. Как показывают наши исследования, наиболее безопасной и подходящей для выполнения лапароскопических вмешательств является фимбриальный отдел. Рекомендуется при подозрении на трубную форму внематочной беременности вначале выполнять лапароскопию, а при локализации плодного яйца в ампулярной либо истмической частях трубы переходить на лапаротомию с последующим микрохирургическим восстановлением проходимости поражённого органа.

Раджабова Г.К., Султанова Дж.М., Ахмерова Н.Ш., Мирзоева К.Д.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Провести эндоскопическую оценку эндометриоидных кист яичников на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Материал и методы исследований. Проведено исследование 123 женщин с кистами яичников, которым проведены лапароскопические вмешательства на базе

ГУ «Медицинский комплекс “Истиклол”» г. Душанбе, который является клинической базой кафедры акушерства и гинекологии №2 ГОУ ИПОвСЗ РТ, за период 2016 по 2023 годы. Женщин детородного возраста было 106 (86,2%), старших возрастных категорий – 17 (13,8%). Киста правого яичника диагностирована у 73 (64,2%), левого яичника - у 38

(30,9%) и кисты обеих яичников – у 12 (4,9%) женщин.

Всем женщинам до операции при УЗИ были выявлены различные варианты кисты яичников. Верификация кист были проведены на основании лапароскопических признаков.

Результаты и их обсуждение. Лапароскопию начинали с оценки состояния органов малого таза и париетальной брюшины. При обнаружении наружного генитального эндометриоза считали обязательным учёт размера, цвета, степень выраженности спаечного процесса, глубину инвазии и локализацию. Следующим ключевым этапом являлась верификация проходимости маточных труб, методом контрастирования. Следует отметить, что сочетание наружного генитального эндометриоза с эндометриоидными кистами яичников было отмечено в 21

(17,1%) случае. При этом у этого контингента пациенток оценка степени распространенности наружного генитального эндометриоза проведена согласно классификации Американского общества фертильности (r-AFS), где I-II степени отмечены у 94 (76,4%), III-IV степени – у 29 (23,6%).

Всем женщинам произведены лапароскопические варианты резекций яичников до здоровой ткани. У всех пациенток диагноз «эндометриоидная киста» подтвержден гистологическими исследованиями. Каких-либо послеоперационных осложнений не было отмечено.

Заключение. Таким образом, лапароскопия позволяет верифицировать эндометриоидную кисту, оценивая степень сопутствующего наружного генитального эндометриоза, что позволяет проводить патогенетически обоснованную коррекцию.

¹Разакова Ш.К., ²Зарипов А.Р., ³Махмудов Д.Т.

К ВОПРОСУ О КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СИТУАЦИИ С ОКАЗАНИЕМ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С АНОМАЛИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

¹Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

³Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучение основных показателей ресурсной базы ортодонтической помощи на примере г. Душанбе.

Материал и методы исследований. В государственных и частных стоматологических учреждениях города изучено состояние ресурсной базы ортодонтической службы (кадры и материально-техническое оснащение). С этой целью было проведено перспективное исследование непосредственно в стоматологических учреждениях. Программа исследования мнения врачей-ортодонтов включала оценку осведомленности о работе в современных условиях.

Результаты и их обсуждение. В последние годы в стоматологии закономерно возросло внимание к вопросам организации ортодонтической помощи. Это связано не только с тем, что распространенность различных аномалий зубов достигает в подростковом возрасте 70,0%, но и с тем, что в

последние 10 лет в стоматологии Республики Таджикистан широкое развитие получили современные ортодонтические технологии, позволяющие оказывать соответствующую помощь на качественно ином, более высоком, чем прежде, уровне.

Кроме того, установлено, что многие нелеченные аномалии зубов не только ухудшают физическое здоровье детей и подростков, но и неблагоприятно отражаются на их психическом самочувствии. Современные технологии позволяют получать отличные результаты лечения у пациентов с аномалией зубочелюстной системы.

Следует помнить о том, что важным аспектом эффективной организации ортодонтической помощи является наличие ресурсной базы ортодонтической службы: кадры и материально-техническое оснащение.

Полученные материалы показали, что из общего числа ортодонтов, работающих в

настоящее время в городе (108 человек), основную часть (60,9%) составляют женщины и только 39,1% - мужчины. Наибольшую долю врачей-ортодонтот составляют молодые люди в возрасте до 30 лет (43,7%), более чем каждый четвертый врач (26,5%) имеет возраст от 30 до 40 лет, и еще 18,5% - от 40 до 50 лет. В то же время почти 11,3% составляют врачи старше 50 лет.

Закономерно, что в государственных стоматологических учреждениях возрастная структура врачебных кадров имеет четко выраженный сдвиг в более старшую возрастную группу (40 лет и старше), а в частных стоматологических клиниках, наоборот, абсолютное большинство врачей-ортодонтот имеют возраст до 40 лет. Поэтому в государственных поликлиниках только 5,7% врачей-ортодонтот имеют стаж работы до 3 лет, до 5 лет – 9,3%, до 10 лет – 15,2%, а абсолютное большинство (69,8%) – более 10 лет.

Несомненно, важной особенностью ортодонтической помощи является необходимость использования дорогостоящей техники для диагностики и лечения. С учетом изложенное выше, нами было проанализировано использование этих

современных методик в государственных и частных стоматологических учреждениях г. Душанбе. Результаты показали, что лицевая дуга использовалась в 89,7% частных и 68,3% государственных стоматологических клиник, лицевая маска – соответственно в 82,3% и 45,4%. Анализ использования съемной ортодонтической аппаратуры показал, что регулятор функций Френкеля используются в 75,0% всех частных стоматологических клиник и лишь в 42,0% случаев в государственных стоматологических учреждениях; аппарат Андресена-Гойпля, который менее универсален, но проще в изготовлении, в 48,0% в частных и в 29,0% в государственных стоматологических учреждениях.

Заключение. Таким образом, комплексное исследование ситуации с оказанием ортодонтической помощи детям г. Душанбе показало, что, несмотря на достаточно высокий уровень профессиональной квалификации и возможности использовать современные методы диагностики и лечения у врачей-ортодонтот, работающих в частных стоматологических учреждениях, аналогичные характеристики в государственных стоматологических учреждениях несколько выше.

^{1,2}Расулов С.Р., ²Дилшодов С.А., ²Сафарзода Н.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ВНЕСКЕЛЕТНОЙ ХОНДРОСАРКОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ

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

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Демонстрация редкого случая внескелетной хондросаркомы средостения.

Материал и методы исследований. Мы сообщаем о редком случае внескелетной хондросаркомы средостения у 30-летнего мужчины, который обратился в ГУ РОНЦ МЗиСЗНРТ 05.02.2024 года с жалобами на одышку при физической нагрузке. Из анамнеза четыре года назад при медосмотре на рентгенограммах грудной клетки обнаружено затемнение в прикорневой зоне правого легкого. От обследования и лечения отказался. Обратился в настоящее время.

Результаты и их обсуждение. При осмотре внешних признаков онкопатологии не

обнаружено, периферические лимфатические узлы не увеличены. При бронхоскопии от 02.02.2024 года установлено сужение главного и промежуточного бронхов справа за счет сдавления извне. На КТ грудной клетки от 16.02.2024 года в прикорневой области правого легкого определяется объемное кальцинированное образование неправильной формы, с нечеткими и неровными контурами, размерами 133 × 174 × 140 мм, с охватом субсегментарных бронхов правого легкого и с компрессией сердца влево. Отмечается компрессионный ателектаз нижней доли легкого. С учетом скудной клиники, данных бронхоскопии и КТ грудной клетки больному установлен предварительный

диагноз: «Хондросаркома правого легкого II кл. гр.» и рекомендована эксплоративная торакотомия.

У больного 29.02.2024 года при торакотомии справа установлено наличие опухоли в прикорневой зоне легкого со сдавлением промежуточного и нижнедолевого бронхов и ателектаз нижней доли. Опухоль непосредственно переходит в средостение и главный бронх, прорастает легочные сосуды и диафрагму, белесоватого цвета, с очагами узлообразования, местами с тонкой прозрачной стенкой. С учетом местного распространения опухоли на первом этапе мобилизованная от нижней доли часть опухоли удалена. В дальнейшем при рассечении опухоли от перикарда установлено, что опухоль проникает в полость перикарда, прорастает ушко сердца и аорту. В связи с этим другая часть опухоли, отходя от перикарда, верхней легочной вены, легочной артерии и главного бронха, рассечена и удалена. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 8-10 сутки. Заживление раны грудной стенки первичное. Патоморфологическое исследование препарата от 06.03.2024 г., №24160:

Гистограмма характерна хондросаркоме. С учетом распространенности процесса и объема операции больному рекомендовано химио-лучевое лечение.

Заключение. Внескелетная мезенхимальная хондросаркома является чрезвычайно редкой опухолью с неопределенной дифференцировкой, которая, в основном, встречается у подростков и молодых людей и составляет около 1–2% всех хондросарком. Примерно одна треть мезенхимальных хондросарком возникает в мягких тканях, области головы и шеи, конечности, туловище, почках и другие. Сообщения о первичной мезенхимальной саркоме легких и средостения единичные. Сообщается, что в отличие от сарком другого происхождения, саркомы из хрящевой ткани развиваются медленнее, метастазы появляются позднее. Эти особенности злокачественных хрящевых опухолей иногда обеспечивают успех хирургического вмешательства. При радикальном удалении опухоли показана адъювантная лучевая терапия, при нерадикальной операции рекомендуется адъювантная химио-лучевая терапия.

Рустамова М.С.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

Цель исследования. Изучить эффективность комплексной коррекции выявленных нарушений у женщин с метаболическим синдромом.

Материал и методы исследований. Проведены проспективные исследования 38 небеременных женщин с метаболическим синдромом, из которых 26 (I основная группа) получали коррекцию метаболических нарушений и 12 (II группа сравнения) по различным причинам лечение в полном объеме не получили. Возраст обследованных женщин I и II групп в среднем составил $31,8 \pm 2,2$ и $32,7 \pm 1,8$ лет соответственно ($p > 0,05$).

Производились общий и акушерско-гинекологический осмотры, общеклинические исследования, антропометрия, исследова-

ния белкового (общий белок), углеводного (глюкоза, инсулин, индекс НОМА, гликозилированный гемоглобин) и липидного (триглицериды, липопротеиды высокой плотности - ЛПВП, липопротеиды низкой плотности - ЛПНП) обменов, ультразвуковая диагностика и статистический анализ (Microsoft Excel, 2011).

Коррекция метаболических нарушений производилась медикаментозной терапией (Метформин), нутрициальной коррекцией и повышением физической активности (ходьба либо статические упражнения), путем консультации нутрициолога, эндокринолога, психолога и спортивного врача, повторное обследование проведено через 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение. У обследованных женщин I и II групп установлена высокая частота нарушений менструального цикла (92,3% и 91,7%), репродуктивных потерь (34,6% и 33,4%), бесплодия (30,8% и 33,3%) и гиперпластических процессов (26,9% и 25,0%) соответственно ($p>0,05$). Антропометрические данные показали, что 57,7% и 42,3% страдали избыточной массой тела и ожирением I и II степеней, аналогичные данные (58,3% и 41,7%) получены у женщин группы сравнения. В обеих группах выявлена высокая частота инсулинорезистентности (96,2% и 91,7%), дислипидемии (69,3% и 66,7%) гипопроteinемии (57,7% и 58,3%) триглицеридемии (53,8% и 50,0%), гипергликемии (34,6% и 33,3%), разница величин между группами была статистически недостоверной ($p>0,05$).

После коррекции у леченных женщин установлены: улучшение общего состояния и настроения, стабилизация массы тела, достоверное снижение инсулина в 1,8 раза, глюкозы и индекса НОМА в 1,3 раза, гликозилированного гемоглобина и триглицеридов в 1,2 раза, а ЛПНП – в 1,1 раза, при этом отмечалось увеличение уровня ЛПВП в 1,2 раза. Из 26 женщин основной группы заберемене-

ли 19, из них у 18 беременность завершилась в срок, через естественные родовые пути с рождением доношенных новорожденных, у 1 произошел самопроизвольный выкидыш, а остальные 7 пациентов продолжают терапию и находится под наблюдением.

Среди женщин группы сравнения перечисленные показатели находились на высоких цифрах, из них забеременели 7 женщин, при этом у 42,9% произошел самопроизвольный выкидыш, у 28,6% - преждевременные роды, репродуктивные потери составили 57,1%.

Таким образом, полученные данные указывают на эффективность комплексной коррекции метаболических нарушений у женщин.

Заключение. У обследованных женщин с метаболическим синдромом выявлены отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, повышенная масса тела, высокая частота нарушений белкового, липидного и углеводного обмена и эндокринная дисфункция. Доказана эффективность комплексной коррекции выявленных нарушений назначением инсулиносенситайзера, рационального питания и повышением физической активности.

Рустамова М.С., Бурхонов С.Б., Якубова З.Х.

ОСОБЕННОСТИ МИНЕРАЛЬНОГО ОБМЕНА И СТАТУСА ВИТАМИНА D У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН СО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И АНЕМИЕЙ

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

²ГУ «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить особенности кальций-фосфорного обмена и гиповитаминоза D у беременных женщин со стоматологической патологией и анемией.

Материал и методы исследований. Проведены проспективные исследования 100 беременных женщин со стоматологической патологией и анемией (основная группа) и 30 женщин, гестационный период которых протекал без анемии (группа сравнения), с учетом критериев включения и исключения. Возраст женщин основной и группы сравнения практически не отличался, составляя в среднем $28,2\pm 5,6$ лет и

$30,1\pm 3,4$ лет ($p>0,05$) соответственно.

Производились общий и акушерский осмотры, общепринятое гематологическое обследование, стоматологическое исследование с использованием персонального набора с оценкой пародонтального (СРITN) и кариозного (КПУ) индексов и оценки гигиены полости рта (методика Федоровой-Володкиной). Содержание общего и свободного кальция, фосфора в сыворотке крови определяли фотометрическим и 25-гидроксивитамина D иммунологическим методами с последующим статистическим анализом "Statistics (версия 10.0).

Результаты и их обсуждение. У беременных женщин без и с анемией установлена высокая частота кариеса (93,3% и 96%) и пародонтита (76,7% и 89% соответственно). В то же время у женщин с анемией выявлена высокая частота патологий слизистой полости рта и губ (51%) в виде гингивита (49,1%), хейлита (25,5%), глоссита (21,6%) и аномалии вкуса (45,1%), каковые не были обнаружены у беременных женщин с нормальным уровнем гемоглобина. Содержание кальция в крови женщин группы контроля снижалось с $2,51 \pm 0,03$ ммоль/л в начале гестации до $2,12 \pm 0,02$ ммоль/л ($p < 0,001$) в сроке 36-37 недель, у женщин с анемией уже в сроках 12-14 недель беременности количество общего кальция было ниже нормы, в среднем составляя $2,18 \pm 0,01$ ммоль/л с прогрессивным его падением до $1,3 \pm 0,03$ ммоль/л в конце гестации ($p < 0,001$). Показатели свободного кальция в крови беременных женщин с и без анемией по мере увеличения срока гестации также достоверно ($p < 0,001$) снижались с $1,11 \pm 0,03$ ммоль/л и $1,13$ ммоль/л до $0,82 \pm 0,02$ ммоль/л и $0,96 \pm 0,01$ ммоль/л ($p < 0,001$) соответственно.

Аналогичные изменения выявлены при исследовании содержания фосфора в крови. Так, у женщин группы контроля во II триместре его концентрация составила $1,2 \pm 0,01$ ммоль/л, снижаясь в III триместре гестации до $1,06 \pm 0,14$ ммоль/л, а у женщин с анемией - с $1,09 \pm 0,04$ ммоль/л до $0,68 \pm 0,02$ ммоль/л ($p < 0,001$) соответственно.

Наиболее информативным показателем кальций-фосфорного обмена является маркер кальций-фосфорного соотношения – КФС, который в первую половину беременности у женщин без анемии составил 2,02, с анемией - 1,68 и снижался до 1,89 и 1,49 соответственно во вторую половину беременности. Следовательно, при прогрессировании беременности отмечается снижение содержания кальция и фосфора в крови у женщин обеих групп, что указывает на необходимость проведения профилактических и лечебных мероприятий в течении гестационного периода.

Учитывая важность участия витамина D в минеральном обмене, его многообразный эффект на ткани и органы полости рта, участие в процессах формирования твёрдых тканей зубов, метаболизма костной ткани и местного иммунитета, прямое влияние на стоматологический статус, и с учетом того, что витамин D является синергистом кальция, у 36 обследованных беременных женщин с анемией проведено определение содержания витамина D в сыворотке крови. Полученные результаты показали, что все обследованные женщины имели гиповитаминоз D. При этом адекватное количество (30-100 нг/л) витамина D ни у одной обследованной женщины не установлено. Недостаточность данного витамина с амплитудой колебаний от 21,8 нг/мл до 30,0 нг/мл была обнаружена у более половины (19/52,8%) обследованных женщин, при этом средняя величина составила $26,3 \pm 1,5$ нг/мл. У 15/41,7% пациенток содержание витамина D колебалось в пределах 3,2-19,3 нг/мл, со средней величиной $7,2 \pm 2,3$ нг/мл, указывая на наличие его дефицита. У 2 (5,5%) женщин величина содержания витамина D была ниже 3 нг/мл, то есть у них дефицит витамина был выраженным. Следовательно, среди обследованных женщин основной группы, то есть беременных женщин с анемией и стоматологической патологией, выявлен гиповитаминоз D в виде его недостаточности, дефицита и выраженного дефицита, что указывает на необходимость проведения коррекции не только анемии и фосфорно-кальциевого обмена, но и гиповитаминоза D.

Заключение. У беременных женщин с анемией выявлены нарушения минерального статуса в виде прогрессивно и достоверно снижающегося содержания кальция и фосфора по мере увеличения сроков гестационного периода. Выявлен гиповитаминоз D в виде его недостаточности, дефицита и выраженного дефицита. Сниженные концентрации кальция, фосфора и витамина D у беременных женщин с анемией указывает на необходимость проведения коррекции не только анемии, но кальций-фосфорного обмена и гиповитаминоза D.

Саидов М.С., Хакимзода Б.Х., Саидова М.М., Исмоилов Э.Х.

ЗАВИСИМОСТЬ ФОРМЫ И ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АУГМЕНТАЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Цель исследования. Изучение факторов, влияющих на развитие неблагоприятных послеоперационных результатов у пациенток, перенесших аугментационную маммопластику.

Материал и методы исследования. В материал исследования вошли 190 пациенток, которым была выполнена увеличительная маммопластика в период с 2010 по 2023 годы. Все лица, включённые в исследование, относились к представительницам женского пола. Оперативные вмешательства на груди до обращения имели в анамнезе 32 женщины (16,8%). Пациентки были разделены на две группы, в зависимости от возраста. В первую клиническую группу вошли женщины в возрасте до 35 лет (129 пациенток), во вторую – после 35 (61 пациентка). Каждая из групп была разделена на две подгруппы: в зависимости от использования имплантатов с текстурированным и гладким покрытием. Такое разделение было выбрано для того, что максимально оценить влияние нескольких факторов на послеоперационные результаты, а не одного единственного, как это бывает во многих исследованиях.

Все вмешательства относились к доброкачественным состояниям (фибромы, разрезы по поводу мастита), лица с наличием

злокачественных образований в анамнезе в материал исследования не входили.

В 105 случаях отмечалась двустороннее уменьшение молочных желез. В 84 – превалирование одной молочной железы над второй. В двух случаях отмечался синдром Полаанда.

Среди методов исследования необходимо отметить визуальный осмотр, ультразвуковое исследование, а также магнитно-резонансную томографию.

Результаты и их обсуждение. Было установлено что приживление, заживление раны, а также эстетичность формы были гораздо лучше у лиц молодого возраста. Что касается покрытия, то лучше приживлялись гладкие имплантаты. В случаях внедрения этого вида имплантатов дренажная трубка снималась в ранние сроки (до 5 суток), в то время как шероховатые поверхности имплантатов приводили к худшей приживляемости и более позднему удалению дренажной трубки (от 3 до 8 суток).

Заключение. Возраст пациенток является одним из факторов, который нужно учитывать при планировании операции аугментационной маммопластики. Имплантаты с шероховатыми поверхностями переносятся гораздо хуже, чем их аналоги с гладкими.

¹Сайдудлоев Л., ²Мурадов А.М., ³Джабборов Н.Х., ¹Муминов Н.О.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ УРОСЕПСИСОМ

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

²Кафедра эфферентной медицины ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

³ГУ «Городской научный центр реанимации и детоксикации» УЗ г. Душанбе

Цель исследования. Изучение характера оперативных вмешательств у больных уросепсисом.

Материал и методы исследования. За последнее 5 лет в урологическое отделение ГКБ СМП поступили 50 больных различными заболеваниями мочеполовой системы, осложнившихся уросепсисом. Причинами уросепсиса у 8 (16%) был пиелонефрит, у 1 (2,0%) - острый бактериальный простатит, у 26 (52,0%) - мочекаменная болезнь, у 1 (2,0%) - нейрогенный мочевой пузырь, у 14 (26,5%)

- эндоскопические вмешательства. Средний возраст больных составлял 39 лет. Женщин было 22 (44,0%), мужчин - 28 (56,0%).

Среднее пребывание больных на койке составляло 8 дней. При поступлении в клинику ГБСМП и ГУ ГНЦРиД УЗ г. Душанбе больным проводились общеклинические исследования, включающие сбор жалоб, анамнеза (жизни, заболевания), наличие сопутствующих заболеваний и другие общепринятые исследования, необходимые при госпитализации пациента, в том числе

лабораторные анализы на трансмиссивные инфекции (гепатит HBsAg, анти HCV, анти ВИЧ1/2 (HIV), RW). Проводились рутинные лабораторные исследования общего анализа крови и мочи, биохимия и коагулограмма, определение электролитов крови и др.

Выполнялись инструментальные методы исследования – ЭКГ, ФВД, рентгенография легких, УЗИ органов брюшной полости, малого таза, при необходимости дополнительно доплерометрические исследования сердца, почек. По показаниям проводились КТ, рентгеноконтрастные исследования почек и МВС. Всем больным после тщательной диагностики и предоперационной подготовки производились различные оперативные вмешательства. В терапии больных кроме оперативных вмешательств применялись экстракорпоральные методы лечения.

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто уросепсис являлся следствием чрезмерной пролонгации консервативного лечения на фоне обструкции мочеточников, задержки мочеиспускания, мочевых затеков, острых гнойных воспалений мочевыводящих путей. Указанная тактика лечения проводилась в связи с надеждой на хороший эффект от антибиотикотерапии, катетеризации мочеточников, мочевого пузыря, методов экстракорпорального очищения крови. Другой причиной вынужденного консерватизма были тяжелые сопутствующие заболевания. В-третьих, лечение базировалось на недостаточно полной информации об истинных размерах и локализации очага инфекции. Как правило, имело место сочетание причин, способствовавших пролонгации консервативного лечения.

Сопутствующие заболевания на указанном фоне протекали еще тяжелее. Клиническая картина при обструкции или остром гнойном воспалении развивалась иногда очень бурно, вплоть до развития септического шока. В этих случаях даже при благоприятных исходах требовались большие дополнительные материальные расходы.

Микробиологические исследования и клиничко-патологоанатомические параллели показали, что при острых гнойных воспалениях мочевыводящих путей уросепсис может развиваться уже через несколько часов после принятия тактически неверного решения и консервативное ведение таких больных чрезвычайно опасно. Изучение этиологических и факторов риска, а также проведенная микробиологическая диагностика уросепсиса могут быть определяющими в выборе пер-

сонализированного и целенаправленного режима антибактериальной терапии, так как результаты этиотропной терапии значительно и достоверно лучше эмпирической коррекции.

Выявление бактериемия являлась одним из важных и основных симптомов, подтверждающих диагноз сепсиса, но если она не диагностировалась, то применялись другие критерии (клинические проявления инфекции, наличие признаков ССВР, повышение уровня лабораторных маркеров (прокальцитонина, С-реактивного белка, интерлейкинов и фактора некроза опухолей – TNF), указанные в рекомендациях по диагностике и лечению уросепсиса. Положительные посевы в крови выявлены у 80,0%, что связано с тем, что часть больных в течение определенного времени получали антибиотики или сульфаниламиды.

В микробиологических исследованиях обследуемых пациентов выявлено превалирование грамотрицательного уросепсиса, что было причиной инфекции в 62% случаев, грамположительные микроорганизмы - в 44% наблюдений. Грибы высевались в 16%, часто наслаиваясь на бактерии. Монокультура высевалась в 72%, в 28 % выделена полимикробная ассоциация, причем в большинстве случаев в ассоциации с *Staphylococcus spp.*, энтеробактериями (*Klebsiella*, *E. coli*, *Citrobacter* и *Serratia*) и/или грибами.

Поэтому процедура обследования указанной категории больных должна быть предельно простой и быстрой. При обструкции мочеточников, задержке мочеиспускания, мочевых затеках, острогнойных воспалениях мочевых путей консервативное лечение не должно превышать одни сутки и должно базироваться на принципах, применяемых в неотложной хирургии.

Оперативное вмешательство должно быть предельно мало травматичным, простым и надежным для удаления из очага микроорганизмов токсинов и продуктов тканевого распада.

В таблице указан характер оперативных вмешательств, выполненных с целью санации очагов инфекции при уросепсисе.

Наиболее сложным был выбор стороны операции у больных с двусторонним нефролитиазом и почечной недостаточностью. Вначале мы предпочитали оперировать более пораженную почку, так как функция другой лучше сохраненной почки создавала благоприятный фон и обеспечивала компенсаторные резервы в случае обострения почечной недостаточности.

**Характер оперативных вмешательств
у больных уросепсисом**

Название операции	Количество
Нефролитотомия, нефростомия	7
Чрезкожная нефростомия	7
Пиелолитотомия	6
Нефрэктомия	3
Вскрытие паранефрита, дренирование забрюшинного пространства	4
Иссечение карбункула почки	2
Уретеролитотомия	6
Эпицистостомия	3
Цистолитотомия	3
Трансуретральная резекция простаты	6
Орхидэктомия	2
Вскрытие абсцесса мошонки	1
Всего	50

К абсолютным показаниям для нефрэктомии относили угрожающие жизни кровотечения и пионефроз. Развитие анестезиологии дало возможность в ряде случаев оперировать больных одновременно с обеих сторон. По нашему мнению, показания к одномоментному вмешательству с двух сторон могут быть расширены, так как при значительном снижении функции почек, связанном с обструкцией, риск повторной операции в условиях нарастающей почечной недостаточности более велик, чем при одномоментном удалении камней. К наиболее сложным ситуациям можно отнести наличие острогнойного пиелонефрита у беременных. Считаем, что выполненное по неотложным показаниям вмешательство позволяет сохранить беременность. Нами оперированы две

беременные женщины. Кроме декапсуляции почки и нефростомии, в одном случае выполнена нефролитотомия и в одном - иссечение карбункула почки. Беременность в обоих случаях закончилась нормальными родами, после чего пассаж мочи по мочевыводящим путям восстановился и нефростомические дренажи были удалены.

Значительно улучшили результаты и уменьшали сроки лечения такие методы лечения, как гемодиализ, гемосорбция и плазмаферез.

Заключение. Таким образом, особенностями хирургического пособия при уросепсисе является его неотложный характер, а минимальный объём - удаление пораженных тканей и создание условий для эвакуации раневого отделяемого.

^{1,2}Салимов Ф.М.

ЛЕЧЕНИЕ КАПИЛЛЯРНО-КАВЕРНОЗНЫХ ГЕАНГИОМ СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

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

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Выработка оптимальной тактики хирургического лечения капиллярно-кавернозных гемангиом (ККГ) критической анатомической локализации (КАЛ) у детей раннего возраста.

Материал и методы исследования. За период с 2016 по апрель 2019 гг. было обследовано 23 ребенка в возрасте от 6 месяцев до 7 лет. Мальчиков было 12 (52,1%), девочек - 11 (47,8%). В 3-х случаях (23%) гемангиома была диагностирована с момента рождения ребенка. В остальных случаях (76,9%) заболевание развилось в сроках от 1,5 месяца до 1 года после рождения.

Основным методом обследования явились клиничко-анамнестические данные и результаты дополнительных методов исследования (дуплексное ангиосканирование в доплеровском режиме).

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов исследования установил, что преимущественно гемангиомы располагались в области щёк – у 14 больных (60,8%), носа - у 7 больных (30,6%) и на подбородке – у 2 больных (8,6%). Такое преимущество, на наш взгляд, объяснимо особенностями ангиоархитектоники данной анатомической локализации. Во всех случаях первым этапом выполнялась флeбосклерoоб-литерация

гемангиом. Первичное проведение склерозирующей терапии позволяло в значительной степени уменьшить размеры гемангиом и сократить зону сосудистого поражения. Вторым этапом, спустя 2-3 недели после склерозирующего лечения, было произведено иссечение гемангиом с соблюдением принципов косметической хирургии. Ни в одном случае осложнений не отмечено.

Следует отметить, что данная лечебная тактика оправдана лишь в случаях, когда имеет место верифицированная капиллярно-кавернозная гемангиома. Во всех других случаях выполнение предварительного склерозирования чревато развитием тромбoэмболических или некрoбиотических осложнений. Период диспансеризации составил от 1,5 до 3-х лет.

Заключение. Таким образом, отказ от традиционного хирургического лечения ККГ КАЛ у детей раннего возраста в пользу поэтапной склеротерапии с последующей хирургической ликвидацией дефектов с соблюдением принципов эстетической хирургии является высокоэффективным альтернативным методом лечения в связи с отсутствием при этом рубцовых деформаций, не вызывают трудностей социальной адаптации в отдалённых сроках после операции.

^{1,2}Салимов Ф.М., ^{1,2}Султанов Д.Д., ^{1,2}Неъматзода О., ²Усмонов Дж.Н.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЁННЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ КРАНИО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ЗОНЫ

¹ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

²Кафедра хирургических болезней №2 им. академика Н.У. Усманова ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

Цель исследования. Анализировать результаты многокомпонентного лечения пациентов с врождёнными мальформациями сосудов головы и шеи.

Материал и методы исследования. Анализу подвергнуты результаты лечения 148 пациентов с сосудистыми мальформациями головы и шеи. Из них 104 пациента были госпитализированы и прооперированы, 44 больным лечение проведено в амбулаторном режиме. Венозно-кавернозные гемангиомы имели место у 48 пациентов, мальформации перикраниального синуса - у 8, поверхност-

ные капиллярные гемангиомы кожи – у 44, артерио-венозные мальформации - у 9, лимфангиомы – у 35.

Диагностика базировалась на данных объективной визуализации, инструментальных методах исследования – ультразвуковое дуплексное сканирование, рентгеноконтрастная ангиография или флебография, спиральная компьютерно-томографическая ангиография.

Результаты и их обсуждение. После установления диагноза определялась тактика лечения для каждой из форм мальформа-

ций. Так, при венозно-кавернозных гемангиомах применялась двухэтапная тактика лечения - первым этапом производилась склеротерапия (жидкостная, либо пенная) венозных образований, вторым – хирургическое удаление тромбированных венозных узлов. Изолированная склерооблитерация была проведена 12 больным с небольшими размерами вен, которые в последующем рассосались.

При перикраниальном синусе иссечение гемангиомы было произведено после склерооблитерации – в 5 и без склерооблитерации – в 3 случаях.

При артерио-венозной форме мальформаций применялась эндоваскулярная эмболизация либо перевязка питающей аномальной артерии в сочетании со склерооблитерацией сосудистых образований.

Тактика лечения поверхностных капиллярных гемангиом несколько отличалась от других форм. Так, вначале оценивался характер роста гемангиом. При наличии признаков ранней инволюции назначалось консервативное лечение, включавшее прием

пропранолола в дозе 5 мг в сутки и смазывание гемангиомы жидкостной либо мазевой формой тимолола. При быстрорастущей тенденции гемангиомы производилась склеротерапия 0,5-1,0% растворами этокси-клерола либо фибровейна. Процедура выполнялась каждые 14-21 день. В зависимости от площади гемангиомы лечение продолжалось в среднем 3 месяца (от 2 до 6 месяцев).

Результаты лечения в ближайших сроках наблюдения при всех формах гемангиом оценивались как хорошие. Отдаленные результаты в настоящее время находятся в стадии изучения.

Заключение. Современные методы лучевой диагностики позволяют с высокой точностью определить особенности строения различных вариантов сосудистых мальформаций и тем самым определить тактику лечения. Многокомпонентная тактика лечения, носящая инновационный и комплексный подход, позволяет достичь хороших непосредственных результатов не только в плане излечения мальформаций, но и эстетических нарушений.

^{1,2}Салимов Ф.М., ²Шохсаврбеков А.Ш.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ В-БЛОКАТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМАНГИОМ

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

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Определение показаний к системному и местному применению неселективного бета-блокатора пропранолола в лечении гемангиом у детей.

Материал и методы исследования. В исследование включено 42 ребенка с инфантильной гемангиомой, которые наблюдались на базе ГУ РНЦССХ за период с ноября 2017 по апрель 2019 годов. Период наблюдения после окончания лечения составил от 6 до 25 месяцев.

Системная терапия пропранололом проводилась у 17 пациентов. Возраст детей на момент начала лечения составлял от 2 до 11 месяцев (в среднем 9,2 месяца). Показаниями к системному применению пропранолола были гемангиомы больших размеров в области шеи, осложненные изъязвлением, кровотечением, выраженным болевым син-

дромом. Пропранолол назначали перорально в суточной дозе 2 мг/кг. Местно 1–2% мазь пропранолола использовалась у 7 детей с ИГ диаметром до 2 см, локализовавшихся в области лица и половых органов.

Перед началом лечения всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее эхокардиографию, ЭКГ, измерение артериального давления (АД), определение глюкозы и электролитов крови. В группу динамического наблюдения включены 15 детей от 2,5 месяцев до 1 года с ИГ диаметром не менее 4 см в области грудной клетки и конечностей, у которых в ходе наблюдения не отмечалось осложнений или агрессивного роста.

Механизм действия пропранолола при инфантильных гемангиомах заключается в сужении сосудов и снижении экспрессии

фактора роста эндотелия сосудов (VEFG) и пролиферации клеток.

Результаты и их обсуждение. Все исследуемые находились под контролем детского врача по месту жительства. Проводился мониторинг ЧСС, АД на протяжении дня. Особенное внимание уделялось обучению родителей режиму, акцентировалось внимание на необходимости приема препарата перед едой, а также обращали внимание на потенциально опасные симптомы у ребенка (потливость, слабость, сонливость). Все больные обследовались в центре сначала ежедневно, потом ежемесячно. Осложнений в ходе лечения не было. Системное применение пропранолола было эффективным у всех пациентов. Эффект препарата определялся уже в первые 48 часов по снижению местной температуры, побледнению кожных покровов в области поражения, уменьшению напряжения тканей.

Кроме клинического наблюдения, для оценки результата лечения применяли УЗИ

в режиме цветного доплеровского сканирования (ЦДК). В фазу пролиферации определяется максимальная микроциркуляция, практически отсутствуют невааскуляризованные ткани. Среди 15-ти детей с ИГ диаметром более 4 см в 2-х случаях было принято решение о назначении системной терапии ввиду быстрого роста и длительного времени (более 3-х месяцев) высокой активности ИГ, у 13-ти (86,6 %) наблюдалась естественная инволюция ИГ.

Заключение. Пропранолол является эффективным и безопасным препаратом лечения ИГ у детей. Системное использование препарата показано исключительно в случаях критических локализаций ИГ и их осложнений. Для локализованных ИГ небольших размеров с потенциальными осложнениями возможно местное его применение. УЗИ в режиме ЦДК с определением активности гемангиомы является оптимальным методом оценки эффективности лечения.

¹Солихов Р.Дж., ²Абдусаматов К.А.

РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹Кафедра сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии им. профессора Гульмурадова Т.Г. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Продемонстрировать возможность инновационной технологии в лечении тромбоза и эмболии периферических сосудов.

Материал и методы исследования. В Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии (РНЦССХ) за период с начала 2019 до апреля 2024 г. были госпитализированы 34 пациента с клинической картиной острой ишемии конечностей, которым оперативные вмешательства проведены с использованием инновационных технологий. Мужчин было 23, женщин – 11. Средний возраст составил $68,8 \pm 3,2$ лет. У 31-го пациента имелась острая ишемия нижних, у 3-х - верхних конечностей. Острый тромбоз отмечен у 12 пациентов, у 22 имела место эмболия периферических сосудов. В 2-х случаях встречалась супраингуиальная лока-

лизация, а в других случаях тромботические массы располагались в инфраингуиальных сегментах.

Степень острой ишемии оценивали согласно классификации В.С. Савельева (1987). Так, пациенты с клинической картиной острой ишемии IIБ и IIIВ степеней не входили в наше исследование. Только в 5 случаях острая ишемия соответствовала IIIА, в остальных случаях острая ишемия соответствовала стадии IIБ.

Результаты и их обсуждение. Только у 2 пациентов использована спинальная анестезия, во всех остальных случаях оперативное вмешательство проводилось под местной анестезией. Для реваскуляризации конечностей в 75% случаях выполняли артериосекцию поверхностно-бедренной артерии, пункционный доступ применяли у 25%

больных. В связи с наличием выраженного ишемического отека у 5 больных до реваскуляризации производили фасциотомию мышц голени. В группе пациентов с острым тромбозом только в двух случаях тромбаспирацию с ангиопластикой дополняли стентированием берцовых артерий. Во всех остальных случаях тромбаспирация была дополнена баллонной ангиопластикой без стентирования. Во всех случаях пациентам с эмбологенным генезом ишемии конечностей

была применена тромбаспирация, которая у 3-х пациентов с дистальной локализацией эмбола дополнена тромбэкстракцией.

Заключение. Применение инновационных технологий в лечении пациентов с острой артериальной непроходимостью нижних конечностей в большинстве случаев позволяет проводить операцию под местной анестезией и удалять тромботические массы не только из артерий голени, но и из артерий стопы.

¹Саломов А.К., ^{1,2}Икромов Т.Ш., ¹Абдулалиев А.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ГЕМОКОАГУЛЯЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НАГНОИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

¹Кафедра анестезиологии, реаниматологии и детоксикации детского возраста ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Республиканский научно-клинический педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Улучшение результатов лечения в зависимости от степени нарушения гемокоагуляционной функции легких (ГКФЛ).

Материал и методы исследования. Обследованы 32 практически здоровых ребенка в возрасте от 1 года до 15 лет, которым проведен анализ гемокоагуляционных показателей в смешанной венозной крови (СВК), притекающей к легким) и артериальной крови (АК), оттекающей из легких. Из 32 детей в возрасте от 1 года до 3 лет было 8, 4-7 лет - 8, 8-10 лет - 8, 11-15 лет - 8 детей.

Изучено состояние показателей ГКФЛ у 38 детей с хроническими нагноительными заболеваниями легких (ХНЗЛ): хронический деформирующий бронхит - 13 (34,2%), односторонняя бронхоэктазия - 2 (5,3%), двусторонняя бронхоэктазия - 5 (13,2%), хронический абсцесс легких - 10 (26,2%), хроническая эмпиема плевры - 8 (21,1%). Детей в возрасте от 3 до 7 лет было 18 (30,0%), 8 - 10 лет - 20 (33,4%) и 11-15 лет - 22 (36,6%).

Для определения степени нарушений ГКФЛ использовали классификации ГКФЛ по Т.А. Абдуфатаеву (1995). I ст. - компенсированная, величина гемокоагуляционных показателей в АК у больных, по сравнению со здоровыми детьми, была уменьшена от 80% до 60%; II ст. - субкомпенсированная,

разницы в величине гемокоагуляционных показателей в СВК и АК не было; III ст. - декомпенсированная, отмечалась гиперкоагуляция в артериальной крови, по сравнению СВК.

Результаты и их обсуждение. Из 38 больных с ХНЗЛ нарушение ГКФЛ отмечалась у 28 (73,68%): I ст. - у 10 (35,7%) (АВР - $14 \pm 0,6$; ТПГ - $42,0 \pm 4,3$; фибриноген $0,6 \pm 0,1$; протромбиновый индекс - $1,0 \pm 0,1$; свободный гепарин - $3,0 \pm 0,3$; фибрин - $1,0 \pm 0,6$; свертываемость крови по Ли-Уайту - $100,0 \pm 1,2$); II ст. - у 9 (32,1%) (АВР - $2,0 \pm 0,1$; ТПГ - $0,4 \pm 1,2$; фибриноген $0,3 \pm 0,1$; протромбиновый индекс - $0,4 \pm 0,1$; свободный гепарин - $1,0 \pm 0,1$; фибрин - $0,7 \pm 0,2$; свертываемость крови по Ли-Уайту - $110,1 \pm 1,4$); III ст. - у 9 (32,1%) (АВР - $0,8 \pm 0,3$; ТПГ - $5,0 \pm 4,3$; фибриноген $0,4 \pm 0,1$; протромбиновый индекс - $0,4 \pm 0,1$; свободный гепарин - $1,0 \pm 0,3$; фибрин - $1,0 \pm 0,6$; свертываемость крови по Ли-Уайту - $16,1 \pm 1,4$).

Надо отметить, что чем больше был объем поражения легочной ткани и распространенность патологии, тем более выражено нарушение ГКФЛ. У детей с хронической эмпиемой плевры и двухсторонней бронхоэктазией наряду с нарушением газообменной функции легких значительно выражено нарушение ГКФЛ (II-III ст.).

Причинами нарушения ГКФЛ являются воспалительное, деструктивное и склероти-

ческое изменения стенок бронхов на фоне ателектаза, эмфиземы легкого.

Коррекция нарушения ГКФЛ у больных с I ст. достигалась улучшением газообменной функции легких аэрозольтерапией с лечебными травами и лечением основной патологии.

Коррекция нарушения ГКФЛ II ст. основывалась на улучшении реологических показателей крови, микроциркуляции, вязкости наряду с терапией, применяемой при нарушении ГКФЛ I ст.

Коррекция нарушения ГКФЛ III ст. наряду с лечебными мероприятиями, применяемыми при I-II ст., дополнялась гепаринотерапией из расчета 10-20 ЕД/кг массы тела.

Заключение. В результате проведенной целенаправленной патогенетической терапии при нарушении ГКФЛ у детей с ХНЗЛ удалось нормализовать показатели ГКФЛ, что позволило предупредить развитие ДВС-синдрома в интра- и послеоперационном периодах и тем самым снизить количество осложнений после хирургического лечения.

¹Сидиков И.И., ^{1,2}Султанов Д.Д., ^{1,2}Неъматзода О., ²Рахмонов Дж.К.

СКРИНИНГ БЕССИМПТОМНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

¹Кафедра хирургических болезней № 2 им. акад. Н.У. Усманова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино»

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучить частоту и характер бессимптомного поражения магистральных артерий нижних конечностей (МАНК) у пациентов с сахарным диабетом (СД).

Материал и методы исследования. Проведено ангиологическое обследование 198 человек (72 мужчины, 126 женщин), страдающих СД второго типа, с целью изучения частоты, характера и раннего выявления у них бессимптомного поражения МАНК. Средний возраст обследованных составил $54,9 \pm 1,1$ лет, средняя длительность диабета $8,8 \pm 0,5$ лет, средний индекс массы тела (ИМТ) – $26,7 \pm 0,3$ кг/м².

Результаты и их обсуждение. Оклюзионное поражение МАНК выявлено у 10,1% обследованных – 19,4% мужчин и 4,8% женщин ($p < 0,001$). Отсутствие пульсации на всех МАНК, начиная с общей бедренной артерии (ОБА), отмечалось у 1 (0,6%) респондента, поверхностной бедренной артерии (ПБА) – у 3 (1,5%), подколенной артерии (ПКА) – у 5 (2,5%), задней большеберцовой артерии (ЗБА) – у 6 (3,0%), тыльной артерии стопы (ТАС) – у 5 (2,5%) респондентов. Средний возраст лиц с поражением МАНК (70,0% мужчин) составил $62,2 \pm 2,6$ лет, длительность диабета $10,8 \pm 1,8$ лет, уровень глюкозы натощак – $8,6 \pm 1,2$ ммоль/л, ИМТ – $26,9 \pm 1,9$

кг/м², лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) – $1,12 \pm 0,03$.

Многофакторный анализ показал отсутствие ассоциации окклюзии МАНК с ишемической болезнью сердца (ИБС) (ОШ 2,645; 95% ДИ: 0,95-7,34), перенесенными в анамнезе инфарктом миокарда (ОШ 1,159; 95% ДИ: 0,22-6,06) и инсультом (ОШ 1,370; 95% ДИ: 0,26-7,36), артериальной гипертензией (АГ) (ОШ 2,00; 95% ДИ: 0,66-6,05), диабетической нефропатией с хронической почечной дисфункцией (ХБП) (ОШ 4,09; 95% ДИ: 0,88-18,99), лечением пероральными гипогликемическими препаратами (ОШ 2,579; 95% ДИ: 0,90-7,39).

Выявлена прямая корреляционная связь курения ($r=0,32$; $p=0,0014$), ИБС ($r=-0,26$; $p=0,01$), длительности заболевания СД ($r=0,27$; $p=0,008$) и мужского пола ($r=0,49$; $p=0,001$) с окклюзионно-стенотическим поражением МАНК. Не отмечалось зависимости развития окклюзии МАНК от АГ ($r=-0,08$; $p=0,45$), ХБП ($r=-0,14$; $p=0,17$), ИМТ ($r=0,06$; $p=0,57$), снижения зрения ($r=-0,17$; $p=0,10$), перенесенного нарушения мозгового кровообращения ($r=-0,10$; $p=0,42$), уровня глюкозы натощак ($r=0,02$; $p=0,84$).

Заключение. Бессимптомное поражение МАНК выявлено у 10,1% обследованных пациентов с СД, чаще у лиц мужского пола.

Значимыми факторами риска развития поражения сосудов среди отечественной когорты пациентов с СД являются мужской пол, длительность гипергликемии, курение и наличие ИБС. Принимая во внимание регулярный рост численности населения нашей республики и параллельно – людей,

страдающих СД, в скором будущем ожидается пропорциональный рост числа случаев диабетической ангиопатии. В этой связи имеется необходимость в проведении регулярных скрининговых программ на предмет раннего выявления и своевременного лечения поражений МАНК.

Сироджов К.Х., Исупов Ш.А.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения сочетанных открытых переломов бедра.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов диагностики и хирургического лечения 78 пострадавших с множественными и сочетанными переломами длинных костей за период 2014-2018 гг. Больных распределили на 2 группы: основную и контрольную. Основная группа - 41 (52,6%) пациент, которым остеосинтез переломов длинных костей аппаратам внешней фиксации выполнен в первые сутки. В контрольную группу были включены 37 (47,4%) больных, у которых операция выполнена в отсроченном порядке.

В структуре травматизма перелом бедренной кости сочетался в следующем порядке: с травмой черепа - у 38 (48,7%), с травмой груди и переломами костей предплечья – у 10 (12,8%), травмами живота – у 9 (11,6%), таза и позвоночника у 6 (7,7%), переломами костей таза – у 15 (19,2%) больных.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения переломов конечностей оценены по системе Маттис (2008). Статистическая обработка материала проводилась с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2007 в пакете Microsoft Office 2007 (Microsoft).

Результаты и их обсуждение. Повреждений крупных сегментов конечностей в структуре сочетанной травмы встречаются в 56,2-86% случаев. Анатомические особенности данной локализации, высокий объем внутреннего кровотечения, тяжелый трав-

матический шок, а также нестабильность области перелома затрудняют процесс оказания первичной неотложной помощи и оперативное лечение, о чем свидетельствует высокий процент неудовлетворительных результатов и осложнений. В практическом плане существуют разногласия по выбору тактики лечения переломов в структуре сочетанной травмы, в частности по срокам и видам остеосинтеза. Не смотря на достижения практической травматологии и ортопедии, а также внедрение новых технологий в лечение переломов длинных костей, вероятность развития осложнений, удельный вес несросшихся переломов, ложных суставов, деформаций и контрактур крупных суставов остается довольно высоким.

У исследуемых больных чаще преобладают поперечные переломы - соответственно в 39,7% и 32,1% случаях.

Характер открытых переломов бедра у исследуемых больных по Gustilo R.B. Anderson J.T. (1976): I степень тяжести - у 26,9% и 21,8%, II степень – у 16,7% и 15,4%, III степень – у 10% и 10,3% соответственно.

С целью временной стабилизации переломов и показателей гомеостаза всем пострадавшим основной группы на конечность накладывали аппарат внешней фиксации. Параллельно проведена инфузионно-трансфузионная терапия шока, коррекция гиповолемии и кровопотери. Коррекции оставшихся деформаций выполнена после выхода больных из критического состояния и стабилизации показателей гомеостаза: перемонтаж стержневого аппарата осуществ-

влён в 7 (17,1%) случаях, интрамедуллярный блокирующий остеосинтез - в 19 (46,3%) и накостный остеосинтез пластиной – у 15 (36,6%) больных.

В контрольной группе лечение переломов конечностей основывалось на традиционном подходе. В первые часы от момента поступления больных первичная хирургическая обработка раны и остеосинтез стержневым аппаратом выполнен в 11 (29,7%) случаях, у 26 (70,3%) больных наложено скелетное вытяжение с целью предоперационной подготовки. Накостный остеосинтез пластиной произведен в 15 (40,5%) случаях, интрамедуллярный остеосинтез - в 8 (21,6%), лечение переломов скелетным вытяжением проведено у 14 (37,8%) больных.

В раннем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: гнойное воспаление ран - соответственно в

4,9% и 10,8% случаях, футлярный синдром голени – в 2,4% и 8,1%, синдром жировой эмболии - в 2,4% и 5,4% случаях, гипостатическая пневмония развилась у 8,1% пациентов контрольной группы.

Отличные функциональные результаты по Маттису получены у 27 (34,6%) и 15 (19,2%), хорошие результаты лечения - у 7 (9%) и 11 (14,1%), удовлетворительные – у 6 (7,7%) и 8 (10,3%) неудовлетворительные – у 1 (1,3%) и 3 (3,8%) больных соответственно.

Заключение. Остеосинтез аппаратом внешней фиксации является методом выбора в остром периоде у больных с сочетанным открытым переломом бедра. Наложение аппарата внешней фиксации относится к малоинвазивному способу оперативного вмешательства, проводится независимо от тяжести состояния пострадавшего.

Сироджов К.Х., Сиродждода М.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПЕРИОДА СОЧЕТАННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Оптимизация диагностики, профилактики осложнений переломов конечностей в структуре сочетанной травмой.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 69 больных с сочетанной травмой за 2013-2016 гг. Из них мужчин было 41 (59,4%), женщин - 28 (40,6%).

Для сравнительной оценки полученных результатов больных распределили на 2 группы: основную (37 набл.) и контрольную (32 набл.). Пациентам основной группы лечение переломов конечностей оптимизировано с учетом тяжести травмы, состояния больного и тяжести черепно-мозговой травмы, а также показателей липидного спектра. У больных контрольной группы лечение переломов основано на традиционном подходе.

Результаты и их обсуждение. Изучены показатели липидного спектра плазмы венозной крови у больных основной группы. Полученные результаты свидетельствуют

о том, что удельный вес общих липидов в первые сутки на фоне механической травмы снижается по отношению к норме, на 7-10-е сутки посттравматического периода на фоне комплексного подхода увеличивается их содержание на 10,3% по отношению к норме. Показатели триглицеридов в первые часы с момента травмы имеют тенденцию к увеличению, отмечено повышение данного показателя на 13,9%, по сравнению с нормой, а на 3-5-е сутки послеоперационного периода и на фоне комплексной инфузионной терапии повышены на 15,8%. Результаты лабораторных тестов показывают, что на 7-10-е сутки посттравматического периода содержание триглицеридов, в частности триглицеридов высокой плотности, увеличивается на 17,1%, по сравнению с нормой.

Результаты исследования венозной крови на наличие патологических глобулов по Корнилову показали, что в первые сутки посттравматического периода жировые глобулы размером >6 мкм и количеством до 5

в поле зрения диагностированы у 17 (45,9%) пострадавших основной группы. Указанный параметр на 3-5-е сутки посттравматического периода имеет тенденцию к увеличению, а на 7-10-е сутки на фоне этиопатогенетической терапии и остеосинтеза переломов приближается к норме.

Хирургическому лечению переломов предшествовало проведение соответствующей инфузионной терапии, в состав которой входят: реамберин 1,5% - 400,0 мл, тивортин 4,2% - 100,0 мл, липофундин 10% - 500,0 мл.

У пострадавших основной группы остеосинтез переломов с помощью аппарата внешней фиксации выполнен в 29 (78,4%) случаях, указанные больные были оперированы в первые трое суток с момента поступления в стационар. В 2 (5,4%) случаях

выполнена диагностическая лапаротомия, у 3 (8,1%) больных при сочетанной травме груди накладывали торакоцентез, остеосинтез плечевой кости пластиной выполнен у 8 (21,6%) пациентов.

В контрольной группе тактика лечения переломов заключалась в применении методов консервативного лечения. Наблюдались следующие осложнения: органические дисфункции - у 2,7% и 6,3% больных, венозная недостаточность конечности - у 5,4% и 9,4% больных соответственно.

Заключение. Оптимизированный комплексный подход с учётом тяжести травмы, состояния больного, тяжести черепно-мозговой травмы, а также показателей липидного обмена больных с сочетанной травмой способствует профилактике жизнеопасных осложнений острого периода.

Сироджов К.Х., Сироджода М.С., Махмадалиев Г.Ф.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Оптимизация диагностики и лечения больных с сочетанной черепно-мозговой травмой.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты диагностики и лечения 69 пациентов с сочетанной черепно-мозговой травмой (ЧМТ). Мужчин было 41 (59,4%), женщин - 28 (40,6%) человек.

С целью оценки достоверности полученных результатов пострадавших разделили на 2 группы. В первую, основную, группу вошли 39 (56,5%) больных (68,1%), которым наряду с лабораторно-инструментальными методами диагностики применялась инновационная технология для оценки гемодинамических показателей. Во вторую группу вошли 30 (43,5%) больных, у которых использовались традиционные методы диагностики тяжести ЧМТ.

В программу комплексного обследования больных входили: клинический осмотр, рентгенография, ультразвуковое исследование и исследование центральной гемодинамики. Проведена сравнительная оценка показателей гемостаза в венозной и артериальной крови.

Результаты и их обсуждение. С учётом полученных результатов диагностики, а также тяжести состояния больного, его травм больных основной группы разделили на 3 подгруппы.

У пострадавших первой (16 - 39%) подгруппы тяжесть состояния оценена как средняя, по результатам ультразвукового исследования сосудов головного мозга признаков внутричерепной гипертензии не выявлено. Со стороны лабораторных анализов крови определяется повышение вязкости венозной крови на 3,01%, по сравнению с артериальной кровью, хотя показатель недостоверен, время свёртывания крови по Ли-Уайту уменьшено на 1,67%, количество тромбоцитов - на 3,9%, фибриноген - на 4,01%, адсорбированное частичное тромбопластиновое время - на 1,61%.

Во вторую подгруппу входили 18 (43,9%) больных, состояние тяжелое, по результатам УЗИ определяется умеренная внутричерепная гипертензия. Со стороны лабораторных анализов крови отмечено уменьшение времени свёртывания крови по Ли-Уайту на 2,55%, по сравнению с артериальной кровью,

и на 36,1% относительно I группы, вязкость крови увеличилась на 3,8% относительно артериальной крови и на 10,3% - по сравнению с больными первой подгруппы. Показатели тромбоцитов уменьшились на 11,97% относительно артериальной крови, на 32,3% - сравнительно с показателями у больных первой подгруппы, фибриноген уменьшен на 8,12% и на 31,5%, относительно первой подгруппы.

В третью подгруппу входили 7 больных, общее состояние которых оценено как крайне тяжёлое, выражены признаки внутричерепной гипертензии.

Со стороны лабораторных анализов имеются сдвиги свертывающей, антисвертывающей и фибринолитической активности крови. Показатели вязкости крови увеличились на 11,5%, по сравнению с показателями артериальной крови, на 37,6% - относительно

больных I подгруппы, на 23,7% – второй подгруппы, время свёртывания крови по Ли Уайту снизилось на 8,1%, относительно артериальной крови, на 49,2% - по отношению к показателям первой и на 23,8% - третьей подгруппы. Количество тромбоцитов уменьшилось на 16,3%, по сравнению с показателями артериальной крови, на 35,6% - относительно показателей первой подгруппы, показатели фибриногена уменьшились на 11,5%, по сравнению с артериальной кровью, и повышены на 29,9% относительно больных первой подгруппы, на 1,53% - относительно III подгруппы.

Заключение. Изучение метаболической активности головного мозга у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой позволяет выявить тяжесть повреждения и прогнозировать течение патологического процесса.

Султанов Э.Д.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КАРОТИДНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ И КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ ХИРУРГИЧЕСКИМ РИСКОМ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучение непосредственных результатов каротидного стентирования и каротидной эндартерэктомии у больных с высоким хирургическим риском.

Материал и методы исследования. Клиническим материалом послужили 84 больных с мультифокальным атеросклерозом, т.е. с поражением коронарных и сонных артерий.

Больным были проведены оперативные вмешательства: каротидная ангиопластика со стентированием (КАС) внутренней сонной артерии и каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ). В группе КАС количество пациентов составило 35, в группе каротидной эндартерэктомии - 49.

Для исследования патологии коронарных сосудов и магистральных артерий головного мозга применялись инвазивные методики: селективная ангиография, коронарография; неинвазивные: ультразвуковое дуплексное и триплексное сканирование, ультразвуковая доплерография, эхокардиография, мультиспиральная компьютерная томография.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст в группе КАС составил $65 \pm 4,2$ года, а в группе КЭАЭ - $64 \pm 5,4$ года без значимого различия между ними, $p=0,54$. Факторы риска в обеих группах исследования по кардиальной и сопутствующей патологии ($n=84$) выглядели следующим образом: ИБС без инфаркта миокарда; постинфарктный кардиосклероз; фракция выброса; хроническая болезнь почек; хроническая сердечная недостаточность; хроническая обструкция легких; артериальная гипертензия ≥ 3 степени; клапанная регургитация II степени и выше; сахарный диабет; курение; коронарное шунтирование в анамнезе; хроническая ишемия н/к. Вышеперечисленные факторы риска для КАС и КЭАЭ свидетельствуют о степени тяжести заболевания и являются показателями высокого хирургического риска.

Цереброваскулярными факторами риска являлись: односторонний стеноз ВСА: - $<70\%$ (симптомное поражение), - $>75\%$ (асимптомное поражение); окклюзия контрлатеральной ВСА; критический стеноз контрлатераль-

ной ВСА; аномалии Виллизиева круга; стеноз дистальной трети ВСА; окклюзия конечных ветвей ВСА. В исследуемых группах 91,6% (77) пациентов имели тяжелую цереброваскулярную патологию. Кардиальные факторы риска и тяжелая сопутствующая патология в различных их сочетаниях встречались у всех 84 обследованных больных. Во время и после операции были анализированы все осложнения, обусловленные вышеперечисленными факторами риска в обеих обследуемых группах.

Непосредственные результаты после КАС. Всего специфические и неспецифические осложнения наблюдались в 5 (14,2%) случаях.

Непосредственные результаты после КЭАЭ. Суммарное количество осложнений во время операции и непосредственно после неё составило 28,6% - у 14 пациентаов.

Заключение. Факторами риска периоперационных осложнений являлись: - ФВ <40% (по Симпсону), тяжелые степени (III,IV) стенокардии, постинфарктный кардиосклероз, окклюзия контрлатеральной ВСА (31,4%), интракраниальные поражения, аномалии Виллизиева круга (36,3%), перенесенный инсульт (26,1%), синдром гиперперфузии, кальцинированная бляшка, психоэмоциональный стресс (85%), послеоперационная гипертензия.

Непосредственные результаты послеоперационного периода наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности КАС с меньшей частотой (14,2%) периоперационных осложнений, по сравнению с КЭАЭ (28,6%) ($p < 0,05$), у больных из категории высокого хирургического риска.

Туракулов Х.М., Саидов М.С., Раджабов М.Ф.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕДУКЦИОННОЙ МАММОПЛАСТИКИ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ГРУДИ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Изучение ближайших результатов двух методов редукции молочных желез у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы исследования. В отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии (РНЦССХ) и Медицинский центр пластической и эстетической лазерной хирургии «Ормед» в период с 2004 по 2023 годы поступили 129 пациентки в возрасте от 19 до 62 лет. Всем пациенткам выполнялись стандартные методы исследования, в том числе врачебный осмотр. Объём молочной железы измерялся путём визуальной оценки, а также с помощью проведения измерений с метровой лентой. Кроме того, изучались данные рентгенографии позвоночного столба и влияния чрезмерного веса железы на осанку пациентки. Показанием к выполнению редукционной маммопластики было наличие косметических неудобств (диспропорция в размерах между двумя железами, диспропорция сосков и др.), а также изменение формы позвоночного столба под тяжестью молочной железы.

Все пациентки были разделены на две клинические группы: I группа (63 пациентки) – применение методики, основанной на использовании лоскута на нижней ножке; II группа (66 пациенток) – применение оперативной техники с использованием для укрытия верхнемедиальной ножки.

Большинство американских пластических хирургов (69%) отдают предпочтение нижней ножке, поскольку она обеспечивает сосудистую надежность. В то же время метод верхнемедиальной ножки (SMP) является надежным методом уменьшения железы и важным альтернативным подходом к редукционной маммопластике. Учитывая необходимость совершенствования методики столь травматичной операции, было принято решение провести сравнительную характеристику именно этих двух методик.

Для статистической обработки для анализа полученных данных использовались методы вариационной статистики.

Результаты и их обсуждение. Хотя первая методика редукции была открыта относительно недавно, в 1957 году, за несколько

десятилетий она претерпела кардинальные изменения. Так, метод применения лоскута на верхней ножке был сразу же признан ненадёжным, так как при использовании длинной ножки жизнеспособность соска подвергалась большой угрозе. Для того, чтобы убрать этот недостаток, в 1975 году группой специалистов в общую схему операции была включена медиальная паренхима, что обеспечило надёжную васкуляризацию сосково-ареолярного комплекса. Именно эта методика и использовалась во II клинической группе данного исследования.

С целью оценки различных методик нами оценивались следующие показатели: время и сложность выполнения хирургического вмешательства, состояние кровообращения сосудисто-ареолярного комплекса в ближайшие и отдалённые сроки после операции, скорость восстановления чувствительности после выполнения хирургического вмешательства, а также оценка внешнего вида пациенткой по пятибалльной системе по прошествии трёх месяцев после операции.

Одностороннее уменьшение было выполнено в 24 случаях, двухстороннее - в 105. В I клинической группе средний объём уменьшения груди составил $2004,5 \pm 212,5$ грамм. При этом масса удаляемой ткани колебалась в пределах от 580 до 4020 грамм.

Во II клинической группе объём удаления был меньше – $1824,7 \pm 218,6$ грамм. Масса удаляемой ткани колебалась от 460 до 3200 грамм.

Также стоит отметить, что левая грудь требовала большей коррекции, так как в подавляющем большинстве случаев именно эта локализация имела превалирующий объём (83 пациенток).

Медиана дооперационного расстояния между серединой ключицы и соском составляла 31 см (25–40 см) для правой молочной железы и 31 см (диапазон: 22–38 см) для левой молочной железы.

Общая частота осложнений составила 6,25% (2 пациентки). Все осложнения отмечались в I клинической группе и включали расширенный рубец в послеоперационном периоде. В то же время использование верхне-нижней ножки показало высокую безопасность и эффективность при необходимости удаления средних и малых объёмов молочной железы. Времени на проведение операции во второй группе уходило почти в полтора раза меньше, чем в первой. Не последнюю роль в этом играла и меньшая сложность в выполнении.

Что касается сосудисто-ареолярного комплекса, то, согласно данным доплерографии, а также визуальным показателям, восстановление кровообращения было равнозначно в обеих клинических группах. При этом чувствительность раньше восстанавливалась во II клинической группе. Пациентки также отдавали предпочтение результатам применения верхне-нижней ножки.

Заключение. Применение верхнемедиальной ножки с целью сохранения кровоснабжения сосудисто-ареолярной зоны у пациенток с избыточной массой молочных желез показало себя эффективным и безопасным методом для применения в широкой практике. В то же время данная методика больше подходит при малых и средних цифрах гипертрофии, в то время как редукция с укрытием дефекта нижней ножкой - для операций с удалением больших объёмов ткани.

¹Улмасов А.О., ¹Мамажанов Б.С., ²Назирова С.Н., ²Нарзулов В.А.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ

¹Андижанский государственный медицинский институт, РУз

²Кафедра судебной медицины ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Углубление знаний о характере и роли воспалительных процес-

сов в патогенезе аллергического ринита с помощью иммуногистохимических методов,

что способствует совершенствованию клинической практики в диагностике и лечении данного заболевания.

Материал и методы исследования. Проведено комплексное изучение особенностей воспалительных изменений слизистой оболочки носа при аллергическом рините на основе комплексного подхода, включающего биопсийный материал, иммуногистохимическое окрашивание, микроскопию и статистический анализ.

Результаты и их обсуждение. Иммуногистохимия позволяет визуализировать и количественно оценивать различные клеточные маркеры, связанные с воспалительными реакциями, такие как Т-клетки, эозинофилы, тучные клетки и др. Это помогает лучше понять патофизиологию аллергического ринита на клеточном уровне и идентифицировать специфические воспалительные механизмы. Исследования в этой области направлены на изучение различий в иммуногистохимических профилях между пациентами с аллергическим ринитом и здоровыми контрольными субъектами. Результаты таких исследований могут быть использованы для разработки более точных диагностических методов и персонализированных терапевтических подходов к аллергическому риниту.

Размер выборки: типичные исследования включают 20-50 пациентов с аллергическим ринитом и 20-38 здоровых добровольцев в качестве контрольной группы.

Распространенность клеточных маркеров:

- повышенная экспрессия Т-клеток (CD3+, CD4+, CD8+) наблюдается у 80-90% пациентов с аллергическим ринитом против 20-30% в контрольной группе;

- эозинофилы (EG2+) обнаруживаются у 70-85% пациентов с аллергическим ринитом, в отличие от менее 10% в контроле;

- тучные клетки (tryptase+) выявляются у 60-75% пациентов с аллергическим ринитом в сравнении с 15-25% в контрольной группе.

Корреляции с клиническими проявлениями:

- степень экспрессии клеточных маркеров положительно коррелирует с тяжестью симптомов аллергического ринита ($p < 0,01$);

- более высокие уровни эозинофилов и тучных клеток ассоциируются с более выраженной назальной обструкцией ($r = 0,68$, $p < 0,001$) и частотой чиханий ($r = 0,72$, $p < 0,001$).

Динамика маркеров после лечения:

- проведение иммунотерапии или фармакотерапии приводит к снижению экспрессии Т-клеток, эозинофилов и тучных клеток в среднем на 45-65% ($p < 0,001$);

- степень снижения маркеров коррелирует с улучшением клинических симптомов ($r = -0,62$, $p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, представленные статистические данные подтверждают значимые различия в иммуногистохимических профилях слизистой оболочки носа между пациентами с аллергическим ринитом и здоровыми контрольными субъектами, а также тесную связь между выраженностью воспаления и клинической картиной заболевания.

Файзиев И., Мамаджанов Ш.И., Набиев Б.Дж., Якубов Р.М.

ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ

¹Кафедра стоматологии Худжандского отделения ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²Отделение челюстно-лицевой хирургии СОКБ им. Кутфиддинова, г. Худжанд

Цель исследования. Продемонстрировать клинические примеры дермоидной кисты подъязычной области у детей.

Дермоидная киста у детей - врожденное доброкачественное новообразование, возникающее, как правило, на голове, лице или шее и обычно развивается медленно и бессимптомно. Опухоль имеет оболочку из

соединительной ткани и наполнена клетками кожи, волосными фолликулами и элементами сальных желез. Дермоидная киста встречается у девочек в 4 раза чаще, чем у мальчиков.

Клинический пример. В отделение челюстно-лицевой хирургии СОКБ им. Кутфиддинова г. Худжанда были госпитализированы

больная Н.Ё. в возрасте 3-х месяцев и А.Ш. в возрасте 2-х лет с диагнозом "Дермоидная киста подъязычной области".

Диагноз был поставлен на основании клинических данных и подтвержден цитологическим исследованием пунктата.

Больная Н.Ё. поступила в отделение с жалобами на затруднённое дыхание, глотание и маленький вес (со слов родителей).

Объективно: общее состояние средней тяжести, масса тела всего 4 кг, лицо симметричное, цвет кожных покровов лица обычной окраски, кожа вокруг губ и красной каймы губ синюшного цвета из-за хронической гипоксии. SpO_2 - 90-92%, открывание рта свободное, слизистая оболочка полости рта обычной окраски, язык приподнят к нёбу из-за наличия опухловидного образования.

У больной А.Ш. при поступлении состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, кожа и слизистые оболочки без видимой патологии. Объективно: конфигурация лица изменена за счёт наличия новообразования шаровидной формы около 4 см в диаметре, мягко эластичной консистенции, с ровными чёткими контурами, подвижного относительно подлежащих тканей, спаянного с покрываю-

щей слизистой оболочкой над образованием, обычной окраски. Пальпаторно эластичной консистенции. безболезненное, регионарные лимфатические узлы не увеличены. Результаты МРТ обследования: определяется мягкотканное гетерогенное образование дна полости рта с преимущественным расположением в подъязычной области, размером 2,5 × 3 см.

В обоих случаях под эндотрахеальным наркозом произведена расширенная биопсия опухоли через внутриротовой доступ.

Состояние первого ребёнка через сутки после операции удовлетворительное, SpO_2 96-98%, частота дыхания с 36 снизилось до 30 раз в минуту, синюшность губ исчезла, сон спокойный, улучшились глотание и сосание, состояние ребёнка через месяц после операции удовлетворительное, масса тела составила 5,2 кг, жалоб со стороны родителей не имеется.

Заключение. Таким образом своевременное оперативное вмешательство при дермоидных кистах подъязычной области у детей предупреждает осложнения, связанные с гипоксией и затруднённым приёмом пищи.

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

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ И ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ

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

Цель исследования. Оценить результаты ортопедического лечения при аномалиях развития и положения зубов.

Материал и методы исследования. Нами обследовано и принято на ортопедическое лечение 162 пациента (84 женщины и 78 мужчин) в возрасте от 30 до 60 лет. Зубочелюстные аномалии имелись у 102 (63,0%) из них, деформации зубных рядов - у 60 (37,0%). Аномалии развития и положения передних зубов имелись у 32 (19,8%) пациентов, прогнатический прикус - у 31 (19,1%), прогенический - у 5 (3,1%), глубокий - у 35 (21,6%).

Результаты и их обсуждение. При незначительных наклонах (до 12°) передних зубов в

какую-либо сторону (вестибулярную, оральную, мезиальную, дистальную) сохраняли живую пульпу этих зубов. Соответствующим препарированием зуба, а в дальнейшем моделированием металлического каркаса и керамической облицовки коронки у пациентов было исправлено соответствующее положение зуба до достижения желаемого эстетического эффекта.

Заключение. Таким образом, полученные нами положительные результаты позволяют рекомендовать внедрение в стоматологическую практику методик ортопедического лечения взрослых пациентов с зубочелюстными аномалиями и деформациями зубных рядов.

^{1,2}Ходжаева Дж. К., ^{1,2}Икромов Т.Ш., ¹Абдулалиев А., ²Икромов П.Б.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра анестезиологии, реаниматологии и детоксикации детского возраста ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГУ «Республиканский научно-клинический педиатрии и детской хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Разработка методов обезболивания при операциях на легких.

Материал и методы исследования. Нами изучены комбинации нейролепналгезии (НЛА) и кетаминовой анестезии у 70 больных детей с заболеваниями легких в возрасте от 7 до 17 лет. Проведен сравнительный анализ течения двух видов анестезии при оперативных вмешательствах на лёгких.

Больных с заболеваниями легких распределили на 2 группы. 1 группа - 52 человека, из них с хроническим деформирующим бронхитом (ХДБ) было 11 (21,1%), с односторонней бронхоэктазией - 18 (34,6%), с двусторонней - 6 (11,5%), с хроническим абсцессом легких - 9 (17,3%) и хронической эмпиемой плевры - 8 (15,3%) больных. Были проведены: резекция верхней доли - 4 (7,6%), средней - 1 (1,9%), нижней - 17 (32,6%), нижней и средней - 4 (7,6%), нижней и язычковых сегментов - 15 (28,8%), декортикация с сегментарной резекцией лёгкого - 4 (7,6%) и пульмонэктомия - 7 (13,4%). 2 группу составили 18 больных, из них ХДБ диагностирован у 2 (11,1%), односторонняя бронхоэктазия - у 2 (11,1%) и хроническая эмпиема плевры - у 2 (11,1%) пациентов. Им были произведены следующие операции: пульмонэктомия - 4, резекция нижней доли и язычкового сегмента - 7 (38,8%), резекция нижней и средней долей правого легкого - 5 (27,7%).

Также изучены показатели центральной гемодинамики: МОК, УО, СИ, УИ, ЧСС и ОПСС по общепринятой методики на 3-х этапах операции (начало, травматичный этап и окончание).

Результаты и их обсуждение. Больным 1-ой группы с целью премедикации внутримышечно вводили: атропин, димедрол и промедол из расчёта 0,1 мл/год жизни, дроперидол (0,25% - 0,1 мг/кг) и кетамин (0,1 мл/кг). В качестве вводного наркоза использовали раствор тиопентала натрия (5-7 мг/кг) и кетамина (1 мг/кг). Миоплегию выполнили ардуаном (0,03-0,04 мг/кг) и листеноном (2,0 мг/кг) и проводили интубацию трахеи. ИВЛ осуществляли аппаратом Hemilton C1 в режиме

умеренной гипервентиляции в возрастных параметрах с ингаляцией 100% кислорода. До начала операции внутривенно вводили фентанил (0,003-0,005 мг/кг) и дроперидол (0,1 мг/кг). Уровень наркоза поддерживали фракционным введением фентанила и кетамина по необходимости, расход фентанила и кетамина составлял 0,005 мг/кг/ч и 4,0 мг/кг/ч.

Больным второй группы премедикация осуществлялась внутримышечным введением атропина, димедрол и промедол из расчета 0,1 мл/год жизни. Вводный наркоз проводили внутривенным введением тиопентала натрия (5-7 мг/кг). После введения дитилина (2 мл/кг) выполняли интубацию трахеи. За 5 минут до начала операции внутривенно струйно вводили фентанил (0,009 мг/кг), дроперидол (0,2-0,3 мг/кг) и кетамин (2,0 мг/кг). Для поддержания анестезии применяли НЛА внутривенным введением фентанила (0,009 мг/кг/ч) и кетамина (6 мг/кг/ч) через каждые 20 мин. Последнюю дозу вводили за 30 мин до окончания операции. Средняя продолжительность операции составляла 2,5 ч.

У больных 2-ой группы (18) после введения вводного наркоза и интубации трахеи (II этап) наблюдалось уменьшение ОПСС на $28,4 \pm 6,1$ от исходного. На II-III этапах исследования отмечалась гемодинамическая реакция кровообращения: на II этапе наблюдали увеличение уровня МОК на $35 \pm 11\%$, УИ - $11,2 \pm 3,2\%$, ИС - $20,4 \pm 4,3\%$ от исходных данных. Снижение показателей гемодинамики САД происходит в результате снижения периферического сосудистого сопротивления на $28,4 \pm 6,2\%$ от исходной величины за счет периферической вазодилатации, увеличения ёмкости венозной системы, в результате создаются условия для централизации кровообращения и уменьшения ОЦК.

На III этапе исследования у больных 2-ой группы наблюдалось снижение показателей, по сравнению с исходными величинами: УО - на $12,2 \pm 1,1\%$, МОК - на $16,3 \pm 2,4\%$, УИ - на $15,1 \pm 2,3\%$, и СИ - на $8,1 \pm 1,4\%$. Повышение показателей центральной гемодинамики на

III этапе происходит в результате увеличения ОПСС на $15,3 \pm 3,2\%$ от исходной величины на счет усиления выброса катехоламинов в результате неадекватного обеспечения анестезии, что приводит к снижению уровней МОК, УО, СИ, УИ и увеличения МРЛЖ.

Следует отметить, что у 6 больных 2-ой группы с III степенью операционно-анестезиологического риска на II-III этапах исследования наблюдалось уменьшения уровней МОК

на ($12,1 \pm 3,2\%$), УО ($18,1 \pm 2,7\%$), УИ ($22,3 \pm 3,3\%$) и СИ ($18,1 \pm 2,8\%$), данный уровень держался до конца операции.

Заключение. Таким образом, введение поддерживающей дозы наркотического анальгетика (НА) по клиническим признакам наркоза позволяет уменьшить расход НА, ослабить кардиодепрессивный эффект и обеспечить адекватную анестезию у детей при операциях на легких.

Хайридинова С.С., Болиева Г.У., Ошурмамадова Р.Б., Рахматова Ф.К.

ОСОБЕННОСТИ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК СО СКЛЕРОПОЛИКИСТОЗОМ ЯИЧНИКОВ

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

²ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучить особенности менструальной функции у пациенток со склерополикистозом яичников (СПКЯ).

Материал и методы исследования. Обследование проведено в отделении гинекологической эндокринологии и репродуктологии ТНИИ АГиП. Исследованы 165 пациенток раннего и позднего репродуктивного возраста (от 18 до 49 лет) с СПКЯ. Контрольную группу составили 60 условно здоровых женщин.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст обследованных равнялся $27,8 \pm 5,7$ лет. Нормальная масса тела с ИМТ ($18,5-24,9$ кг/м²) отмечена у 22 (14,9%) больных первой группы и у 3 (17,6%) - второй группы. Избыточная масса тела (ИМТ- $25-29,9$ кг/м²) выявлена у 58 (39,2%) пациенток первой и у 6 (35,3%) второй групп. Больные с ожирением (ИМТ - $30-39,9$ кг/м²) диагностированы в 23,0% случаев первой и в 17,6% - второй группах, морбидное ожирение (ИМТ 40 кг/м² и выше) наблюдалось у 17 (11,5%) и у 3 (17,6%) пациенток соответственно. Висцеральный и абдоминальный типы распределения жировой ткани (ОТ/ОБ $>0,85$) отмечались у 51 (34,5%) больной первой группы и 6 (35,3%) - второй. В 34,5% случаев первой группы с висцеральным типом ожирения коэффициент ОТ/ОБ составил $0,90 \pm 0,5$, а у 35,3% женщин второй группы - $0,89 \pm 1,0$. Средние значения объема талии в первой (104 см) и второй (102 см) группах значительно ($p < 0,05$) превышали

этот показатель в контрольной группе (79,2 см). Отношение ОТ/ОБ у больных в 1-й группе достигало 0,90, во второй группе - 0,89 против 0,81 в контрольной группе ($p < 0,05$).

Изучая возраст начала менструальной функции у 165 пациенток с СПКЯ установлено, что раннее менархе (в возрасте 9 -11 лет) не выявлено ни в одном случае, позднее менархе (возрасте 15-17 лет) - у 97 (65,5%) больных I и у 9 (52,9%) второй групп. Средний возраст наступления менархе составил $14,2 \pm 1,1$ года в первой группе и $14,6 \pm 0,9$ лет во второй группе. Позднее наступление менархе в среднем составило $15,3 \pm 0,5$ лет в первой группе и $15,2 \pm 0,4$ лет во второй группе. Оценка особенностей менструальной функции у больных с СПКЯ показала преимущественные нарушения менструального цикла с периода менархе: по типу олигоменореи в 49,8% случаев в первой группе и в 53,6% больных во второй группе и меноррагии в 25,1% больных в первой группе и в 39,3% - во второй группе. НДФ диагностирована в 14,0% случаев в первой группе, отсутствовала во второй группе. Вторичная аменорея выявлена у 8,1% больных первой группы и у 7,1% - второй.

Анализ гормонального исследования показал, что наиболее характерным признаком СПКЯ является повышение индекса ЛГ/ФСГ - 3,2 у больных первой группы и ЛГ/ФСГ - 2,8 у больных второй группы. Этот индекс ЛГ/ФСГ - 1,2 был диагностиро-

ван в контрольной группе. Концентрация ЛГ ($19,74 \pm 4,02$) в крови 2,4 раза увеличена у больных первой группы и в 2,8 раза ($17,18 \pm 4,49$) - второй группы, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$). Уровень свободного тестостерона увеличен в 2,8 раза и в 2,4 раза ($p < 0,01$), концентрация ДГЭА-С - в 1,8 раза и 1,6 раза соответственно, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$). Концентрация ФСГ в крови снижена у больных первой и второй групп в 1,2 раза, концентрация Е2 в крови - в 1,2 раза соответственно, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$), снижение уровня пролактина в 1,6 раза отмечается у больных первой группы и в 1,4 раза у больных второй группы, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). У 34 (23,0%) больных 1 группы и у 2 (11,8%)

второй группы концентрация Е2 была в пределах в нормы. Концентрация пролактина ($820,25 \pm 54,61$ мМЕ/л) была повышена у больных первой и второй групп в 2,1 раза, уровень 17 ОП в крови увеличен в 2,3 раза в первой группе и в 2,2 раза во второй группе, по сравнению с контрольной ($p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, установлено, что для пациенток с СПКЯ наиболее характерными признаками являются позднее менархе и нарушения цикла по типу опсо-олигоменореи, а гормональный фон характеризуется повышенным уровнем ЛГ и индекса ЛГ/ФСГ, низким содержанием СТГ, увеличенным уровнем свободного Т, андростендиона и ДЭА-С и сниженным содержанием СССГ в сыворотке крови обследованных больных.

Хакназаров Х.Ш., Зикирзода А.Х., Рустамзода Х.К., Жомиев Б.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНЦЕНТРАТА ТРОМБОЦИТОВ ПРИ ОСОБЫХ ФОРМАХ ТРОМБОЦИТОПЕНИЙ

¹Курс трансфузиологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

²ГМЦ №2 им. ак. К. Таджиева

³ГУ «Медицинский комплекс “Истиклол”»

⁴ГУ ЦРБ г. Турсунзаде

Цель исследования. Определить показания для переливания концентрата тромбоцитов в зависимости от формы тромбоцитопении.

Материал и методы исследования. Практика многопрофильных стационаров характеризуется стремлением клиницистов максимально быстро компенсировать тромбоцитопению у больных трансфузией концентратами тромбоцитов (КТ).

Проведен ретроспективный анализ выявленных причин тромбоцитопений среди больных, поступивших в ГУ ГМЦ №2 имени академика К. Таджиева, ГУ «Медицинский комплекс “Истиклол”» и ГУ ЦРБ г. Турсунзаде с 2018 по 2023 годы.

Результаты и их обсуждение. За анализируемый период пролечено 188 больных с тромбоцитопенией, число тромбоцитов в периферической крови менее $150 \times 10^9/л$. Из них: с количеством тромбоцитов в периферической крови от 3 тысяч до 20 тысяч – 9 больных, от 21 тысяч до 50 тысяч

-72 больных и от 51 тысяч до 100 тысяч - 107 больных.

В зависимости от формы тромбоцитопении (ГИТ, ИТП, ЭДТА-ассоциированная тромбоцитопения, ТМА) трансфузии концентратов тромбоцитов будут эффективны по разному. Подозрение на гепарининдуцированную тромбоцитопению (ГИТ) отмечалось у 68 пациентов, подтвердилось выявлением специфических антител у 6 пациентов. Это составило 0,05% от всех больных, получивших гепарина ($n=3200$). Время выявления тромбоцитопении от начала гепаринотерапии в среднем 12 дней (6–18 дней). По клиническим данным, тромботические осложнения в виде тромбоза наблюдались в 4 случаях, у 2 больных имела место тромбоцитопеническая кровоточивость. В качестве замещающего антикоагулянта во всех случаях был применён ривароксабан. Все случаи ГИТ - впервые выявленные. Тромбоцитопения, обусловлена ИТП, выявлена у 86 пациентов,

по поводу которой лечили путём применения плазмафереза и наблюдали совместно с гематологом. Этилендиаминтетрауксусная кислота широко применяется в лабораторной практике в качестве реагента и при стандартном определении количества тромбоцитов в пробе крови в пробирке с ЭДТА число тромбоцитов составило 3-7 тысяч в л. ЭДТА-ассоциированная тромбоцитопения заподозрена у 2 больных, что

составило 0,01% от количества пациентов с тромбоцитопениями. При пересмотре в пробе крови в пробирке с цитратом натрия - $(120-233) \times 10^9/\text{л}$.

Заключение. Особые формы тромбоцитопении, требующие настороженности трансфузиолога при определении показаний к заместительной трансфузионной терапии, не являются случайными и встречаются регулярно в практике любого врача.

Хамидов А.К., Расулов С.Р., Шарипов Б.А.

ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННЫМИ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

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

Цель исследования. Определение степени выраженности эндогенной интоксикации у больных с местно-распространёнными и генерализованными формами РМЖ.

Материал и методы исследования. Наблюдались 64 больных III-IV стадиями рака молочной железы. Для определения степени выраженности эндогенной интоксикации изучались клинические (астено-вегетативный синдром), биохимические (общий белок, билирубин, креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ) и некоторые интегральные маркеры (лейкоцитарный индекс интоксикации, парамецийный тест, молекулы средней массы, малоновый диальдегид) в крови.

Для сравнения степени эндогенной интоксикации воспользовались таблицей биохимических показателей крови при эндогенной интоксикации, предложенной В.К. Гостищевым и соавт., 1992 г.

Результаты и их обсуждение. Изучение клинических симптомов интоксикации у больных показало, что наиболее частыми клиническими проявлениями интоксикации являются слабость (75,0%), снижение аппетита (43,8%) и быстрая утомляемость (21,9%).

Изучение биохимических показателей крови у больных установило, что уровень

общего белка несколько снижен, незначительно повышены показатели общего билирубина, что соответствовало I-II степеням интоксикации. Показатели мочевины, креатинина и ферментов крови находятся в пределах физиологической нормы.

Также изучались показатели МСМ, МДА, тест парамеций и ЛИИ. Исследование установило, что у больных показатели МСМ в два раза выше, по сравнению с нормой, и находились в пределах I степени интоксикации. Показатели МДА (малоновый диальдегид), теста парамеций и ЛИИ (лейкоцитарный индекс интоксикации) находились в пределах нормы.

Заключение. Наиболее частыми клиническими проявлениями эндогенной интоксикации у больных III-IV стадиями РМЖ являются астено-вегетативный синдром (слабость, снижение аппетита и быстрая утомляемость). Из биохимических маркёров интоксикации имеют значение уровни общего белка, общего билирубина и МСМ, которые указывают на наличие I-II степеней интоксикации. Уровни мочевины, креатинина, ферментов крови, МДА и тест парамеций у больных III-IV стадиями РМЖ находятся в пределах физиологической нормы и не могут быть маркёрами эндогенной интоксикации.

¹Хамидов А.И., ²Каримов С.М., ²Муллоджанов Г.Э.

СТРУКТУРИЗАЦИЯ ИСХОДНОГО СОСТОЯНИЯ МУКО-ГИНГИВАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА СРЕДИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

¹Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Проанализировать исходное анатомо-функциональное состояние муко-гингивального комплекса среди стоматологических пациентов.

Материал и методы исследования. Для оценки исходного анатомо-функционального состояния муко-гингивального комплекса было проведено клинико-рентгенологическое обследование 82 стоматологических пациентов в возрасте от 20 до 50 лет и старше. Обследованные пациенты были сгруппированы в четыре группы: в первую клиническую группу были включены 24 пациента со средним преддверием полости рта; во вторую группу вошли 24 пациента с мелким преддверием полости рта; в третью группу вошли 24 пациента с вышеперечисленными анатомо-функциональными нарушениями, обнаруженными во второй группе, среди которых также обнаружены рецессии десны III и IV классов; четвертая группа (10 человек, контрольная) характеризовалась клинически интактным пародонтом, с глубоким преддверием полости рта.

Результаты и их обсуждение. Зуб вместе с пародонтальным комплексом рассматривается как единая функциональная и морфологическая система, поражение отдельных частей которой неизбежно оказывает влияние на функцию зуба и пародонтальных структур. В силу этого проникновение инфекционных агентов и продуктов воспаления сосудистым и тубулярным путем из кариозного очага в пародонт и обратно превращает поражение этих образований в сложный патоморфо-функциональный симптомокомплекс. Видимо, поэтому в клинической стоматологической практике в последние годы стали использоваться такие понятия, как «анатомо-функциональное нарушение мукогингивального комплекса».

Проблема диагностики и лечения основных стоматологических заболеваний при анатомо-функциональном нарушении мукогингивального комплекса имеет актуальное значение не только для пациентов, но и для

стоматологов любого профиля независимо от того, в какой области стоматологии они работают.

При стоматологическом осмотре пациентов первой группы с анатомо-функциональными нарушениями муко-гингивального комплекса (глубина преддверия до 10 мм, С>П, средним биотипом десны, высокое на нижней челюсти и низкое на верхней челюсти прикрепление, ширина уздечек равна 2 мм) на фоне функционального нарушения регистрировались отдельные или сочетанные кариесологические и пародонтологические признаки без определяемых субъективных признаков, с диагнозом «рецессия десны I и II класса по Миллеру». В названной группе средняя глубина рецессий десны составляла $3,5 \pm 0,10$ мм и в $68,3 \pm 2,3\%$ случаев визуализировалась средняя степень развития пародонтального риска.

Среди обследованных пациентов второй, основной, группы (глубина преддверия до 10 мм, С > П, со средним биотипом десны, высокое на нижней челюсти и низкое на верхней челюсти прикрепление, ширина уздечек равна 2 мм) на фоне функционального нарушения регистрировались отдельные или сочетанные кариесологические и пародонтологические признаки без определяемых субъективных признаков, с диагнозом «рецессия десны I и II класса по Миллеру». В названной группе средняя глубина рецессий десны составляла $3,5 \pm 0,10$ мм и в $68,3 \pm 2,3\%$ случаев визуализировалась средняя степень развития пародонтального риска.

При стоматологическом осмотре пациентов третьей группы с анатомо-функциональными нарушениями муко-гингивального комплекса в большинстве случаев были обнаружены аналогичные изменения, как у пациентов второй клинической группы. Кроме перечисленных патологических признаков, среди пациентов названной группы были визуализированы рецессии десны II (58,3%) и III классов (21,0%). Обнаружение рецессии III класса характеризовалось по-

терей высоты межзубных сосочков и (или) межзубных костных перегородок апикальнее цементно-эмалевого соединения, но корональнее относительно апикальной границы вестибулярной рецессии. При этом среди обследованных лиц цементно-эмалевого соединения визуализируется, рецессия десны достигает слизисто-десневого соединения или распространяется апикальнее. Зуб немного ротирован вокруг центральной оси и занимает аномальное положение или подвергнут экстрозии. Межзубные сосочки не заполняют интерпроксимальные участки полностью.

Среди обследованных лиц третьей группы в 20,7% случаев были обнаружены рецессии IV класса, характеризующиеся уменьшением высоты межзубных костных перегородок апикальнее наиболее апикальной части рецессии. При этом степень потери прикрепления на аппроксимальных участках равняется прикреплению с вестибулярной стороны или

превышает его потерю. Цементно-эмалевого соединение визуализируется, а сама рецессия достигает слизисто-десневого соединения или распространяется апикальнее. Среди этих групп пациентов зуб сильно ротирован вокруг центральной оси и занимает выраженное аномальное положение или подвергнут экстрозии.

Заключение. Таким образом, при наличии анатомо-функционального нарушения муко-гингивального комплекса отсутствие достаточной прикрепленной десны приводит к постоянной травматизации сосудистого компонента пародонтальных структур при функционировании зубочелюстной системы. Нарушение работы сосудистого компонента в структурных единицах тканей пародонта ведет к гипоксии околозубных тканей, в частности костной, и развитию в них дистрофических изменений в виде снижения уровня альвеолярного гребня.

Ходжиева М.М., Мухамади Н.З.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ХОРИОКАРЦИНОМЫ С МЕТАСТАЗАМИ В ВЕРХНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ

ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Представить наш опыт лечения пациентки с хориокарциномой с метастазами в верхнюю челюсть.

Клиническое наблюдение. Пациентка Р.Н., 35 лет, обратилась в ГУ РОНЦ с жалобами на хроническую боль в верхней челюсти слева и нижней части живота, гнойные выделения из влагалища и общую слабость. Из анамнеза заболевания: находится на учёте ГУ РОНЦ с 10.12.2018 г. с диагнозом: Трофобластическая болезнь (Пузырный занос) II кл.гр.

В условиях Городской родильной больницы № 2 23.07.2018 г. больной выполнено «Очищение матки от пузырного заноса» (морфологическое заключение №7225 «Неполный инвазивный пузырный занос»). Больная была направлена в ГУ РОНЦ для лечения и дальнейшего наблюдения.

В условиях центра наблюдалось нарушение режима лечения в связи с несвоевременной явкой больной и после обследования у онкогинеколога выявлено прогрессирование заболевания. Уровень ХГЧ в крови – 85,5 МЕ/мл. С 18.12.2018 г. до 01.03.2019 г. больной

проведено 3 курса ПХТ по схеме: метатрексат – 25 мг в/в 1-4 день S100 мг, лейковарин – 25 мг в/в 1-4 день S100 мг. С учётом высокого уровня ХГЧ – 24,6 МЕ/мл в крови (01.04.2019 г.) больной рекомендовано изменение схемы химиотерапии. С 05.04.2019 г. до 04.05.2019 г. больной проведено 2 курса ПХТ по схеме: карбоплатин – 450 мг в/в 1 день, метатрексат – 50 мг в/в 1 день, лейковарин - 50 мг в/в 1 день.

Больная после 2 курса ПХТ на продолжение лечения и осмотр не явилась. Однако позже больная повторно обратилась в ГУ РОНЦ 10.03.2023 г. с жалобами на боль и наличие образования в верхней челюсти слева. С образования было проведено цитологическое исследование. Заключение № 1455-5: «Mts хориокарциномы». После обследования поставлен диагноз: МКБ10 C-58. Хориокарцинома тела матки Т3М1 (альвеолярный отросток верхней челюсти слева, селезёнка, легкие) IV стадия, II кл.гр. Трофобластическая болезнь (пузырный занос) II кл.гр. Состояние после III курсов МХТ. Прогресс болезни. Состояние

после II курсов ПХТ с нарушением режима лечения (2019 г.).

Больная прошла консилиум онкогинекологов и химиотерапевтов, рекомендована ПХТ по схеме "ЭМА-СО" (этопазид, метотрексат, дактиномицин, циклофосфамид и винкристин) Больная получила 4 курса химиотерапии по схеме "ЭМА-СО". С учётом прогрессирования болезни на основании уровня ХГЧ крови - 324,0МЕ/мл (30.05.23 г.) рекомендована смена схемы ПХТ на "ЭМА-ЕР" (этопазид, метотрексат, дактиномицин/лейковарин, цисплатин), проведено 2 курса по этой схеме. При повторном обследовании с учетом повышения уровня ХГЧ-крови больной произведено оперативное вмешательство в объёме «Экстирпация матки с придатками», морфологическое заключение № 23293 от 16.12.2023 года: «Mts хорионкарциномы в правый яичник, большой сальник. Матка, шейка матки и левые придатки без особенностей». С 26.12.2023 по 23.01.2024 гг. больной проведено 2 курса АПХТ по схеме ЭМА-ЕР. Лечение и наблюдение продолжаются.

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует, что, хотя хориокарцинома является редкой опухолью, она считается самым злокачественным типом опухоли среди все гестационных трофобластических заболеваний. Ранняя диагностика является важным элементом естественного течения заболевания, поскольку зародышевые опухоли очень чувствительны к химиотерапии. При этом своевременное лечение после постановки диагноза также необходимо, т.к. предотвращает развитие метастазов и нежелательных явлений. Важно, чтобы после постановки диагноза больные осознали тяжесть этой болезни и вовремя обследовались и получали терапию. В нашем случае несвоевременная явка пациентки на лечение привела к метастазированию опухоли, что усложнило терапию. Хотя больной проведены все методы терапии, рекомендованные при хориокарциноме, однако уровень ХГЧ в крови остается высоким. На данный момент пациентка состоит на учете онкоцентра и получает соответствующую АПХТ.

¹Худоёров С.А., ²Гурезов М.Р., ²Ашуров Г.Г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ДИНАМИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОДРОСТКОВ С АНОМАЛИЯМИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

¹Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Изучение динамики эмоционального реагирования в системе ортодонтической реабилитации подростков с аномалиями зубочелюстной системы.

Материал и методы исследования. Было обследовано 50 пациентов в возрасте 12-18 лет с аномалиями зубочелюстной системы. Все пациенты подвергались ортодонтическому лечению с использованием несъемной конструкции.

Среди подростков с аномалией зубов и прикуса изучались эмоциональные особенности в динамике – до и после получения ортодонтического лечения. Контрольная группа состояла из 40 подростков аналогичного возраста с отсутствием зубочелюстной аномалии.

Проведено комплексное исследование эмоционального состояния подростков с помощью шкалы самооценки настроения Вессмана и Рикса и типа отношения к болезни.

Результаты и их обсуждение. Проблема изучения аномалий зубочелюстной системы, как в научно-исследовательской практике, так и в клинической стоматологии в настоящее время чрезвычайно актуальна. В последние годы прослеживается тенденция к росту числа пациентов, нуждающихся в комплексном лечении с использованием новейших достижений ортодонтии.

Аномалия зубочелюстной системы в некоторых случаях является своеобразной почвой для психической травматизации. При этом свои неудачи общественного, профессионального

и семейного характера пациенты с названной нозологией нередко склонны связывать с наличием эстетического дефекта. В то же время вопросы диагностики, лечения, реабилитации пациентов с аномалией зубочелюстной системы составляют одну из сложных проблем современной ортодонтии. Важность данной проблемы, прежде всего, определяется высокой частотой этой патологии.

Следует отметить, что до сих пор недостаточно изучены вопросы, связанные с эмоциональным состоянием и поведением, особенно подростков, с аномалиями зубочелюстной системы. По данному вопросу встречаются единичные публикации среди взрослого контингента больных со стоматологической патологией, однако полноценные представления относительно динамики эмоциональной особенности в системе ортодонтической реабилитации подростков с аномалией зубочелюстной системы отсутствуют.

Полученные результаты по изучению эмоционального состояния подростков с аномалиями зубочелюстной системы до и после ортодонтического лечения с использованием несъемной конструкции показали, что пациенты основной группы, по сравнению с группой контроля, в целом ниже оценивают свое настроение. Полученные данные с использованием шкалы самооценки настроения Вессмана и Рикса говорят о том, что пациенты подросткового возраста с аномалиями зубочелюстной системы чувствуют одиночество, считают свою жизнь неинтересной, раздражительны, считают себя неуверенными, неуравновешенными, испытывают неопределенность, беспокойство, учебной не удовлетворены, стремятся к уединению.

При исследовании типа отношения к патологии зубочелюстной системы среди подростков основной группы исходное значение гармоничного типа составило $21,3 \pm 1,2$ баллов. Такие подростки с гармоничным типом отношения к болезни трезво оценивали свое состояние, без склонности преувеличивать тяжесть существующей патологии и без оснований видеть все в мрачном свете, стремились во всем активно содействовать успеху ортодонтического лечения.

Исходное значение эргопатического типа отношения к патологии зубочелюстной аномалии среди подростков основной группы в среднем составило $20,1 \pm 0,9\%$ и свидетельствует об уходе от болезни в учебу. Для них характерно сверхответственное, одержимое отношение к учебе, избирательное отношение к обследованию и ортодонтическому лечению, обусловленное стремлением во что бы то ни стало сохранить возможность продолжения активной учебной деятельности.

Исходное значение анозогнозического типа отношения среди подростков основной группы составило $18,9 \pm 0,6\%$. Для данной группы подростков характерно активное отбрасывание мысли о существующей болезни зубов и прикуса, отказ от стоматологического обследования и ортодонтического лечения, возможно, необоснованно повышенное настроение, пренебрежение и легкомысленное отношение к ортодонтическому лечению.

В целом, при гармоничном, эргопатическом и анозогнозическом типах отношения к названной патологии зубочелюстной системы у $61,3 \pm 2,7\%$ обследованных подростков социальная и эмоциональная адаптация не нарушена.

Выводы. Таким образом, при проведении подробного анализа полученных данных сравнивалась частота выбора каждого из 10 баллов по критерию Фишера между пациентами до и после ортодонтического лечения и группой контроля. Среди подростков до и после ортодонтического лечения значимые различия обнаружены по всем шкалам, кроме 2 и 10 (отношение подростков не изменилось к воздействиям внешнего мира и самоконтролю).

После ортодонтического лечения пациенты с аномалиями зубочелюстной системы высоко оценивают свое настроение и любовь к жизни и окружающим.

После ортодонтического лечения пациенты с аномалиями зубочелюстной системы высоко оценивают свое настроение и любовь к жизни и окружающим.

Шайдоев С.С., Шамсидинов Б.Н., Бегов А.А., Мухторова П.Р., Гулмамадова Г.Б.

ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

Кафедра оториноларингологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Улучшение диагностической информации об установлении объема патологического процесса, распространения его в глубину и на окружающие ткани при папилломатозе гортани у детей.

Материал и методы исследования. В исследование включены больные дети (21) с папилломатозом гортани, прооперированные в период с 2017 г по 2023г.

В исследовании, кроме общепринятых методов диагностики, для определения расположения, распространенности, характера патологического процесса, связи с соседними органами, степени стенозирования просвета гортани и трахеи, определения объема хирургического вмешательства и анестезиологического пособия проведена КТ гортани. Исследование проводилось на аппаратуре Sytec 2000i производства General Electric Company.

Результаты и их обсуждение. При рентгенологическом исследовании гортани у 7 (33,3%) детей была выявлена бобовидной формы тень с ровными краями, проецирующаяся на одной голосовой складке, у 3 (14,3%) - в просвете гортанного желудочка и у 3 (14,3%) - в складках преддверия. У 4 (19,1%) детей при компьютерной томографии папилломы выглядели как экзофитное образование с ровными очертаниями, расположенное на широком основании, у

4 (19,1%) разрастания имели фестончатые очертания на тонкой ножке. Результаты компьютерной томографии сопоставлялись с данными традиционных методов обследования и хирургических вмешательств, когда они проводились. В 18 случаях результаты КТ совпадали с данными клинического обследования, операционными находками, верифицированными гистологически.

Таким образом, компьютерная томография как бы раздвигает рамки ларингоскопической картины, позволяя выявить изменения не только в слизистой оболочке на разных уровнях гортани и гортаноглотки, но и в окологортанных пространствах и позволяет более детально подойти к проведению оперативного вмешательства и выбора дачи наркоза у больных детей с папилломатозом гортани.

Заключение. Полученные результаты свидетельствует о необходимости проведения рентгено-томографического исследования при постановке диагноза, уточнении объема и места расположения новообразования, распространенности процесса и дифференциальной диагностики папилломатоза гортани с другими заболеваниями гортани, а также для предупреждения риска развития осложнений при проведении хирургического вмешательства и выбора тактики анестезиологического пособия.

Шамсов Н.Х., Шаймонов А.Х., Туракулов Х.М., Саидов М.М.

ПРИМЕНЕНИЕ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОЖОГОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗиСЗН РТ

Цель исследования. Сравнение спинальной анестезии и эндотрахеального наркоза у взрослых пациентов с отдалёнными последствиями ожогов нижних конечностей.

Материал и методы исследования. Материал исследования составили 69 пациентов с отдалёнными последствиями ожогов нижних конечностей, обратившихся в отделение восстановительной хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с 2010 по 2023 годы.

Среди обратившихся 24 пациента имели в анамнезе одно хирургическое вмешательство

по поводу устранения контрактур, 7 больных – более одного. Пациенты были разделены на две клинические группы. В I группу (31 пациент) вошли лица, получавшие во время планового хирургического вмешательства эндотрахеальный наркоз в виде сочетания пропофола и фентанила. Во вторую клиническую группу вошли 38 пациентов, которым вмешательство выполнялось без введения в общий наркоз, под спинальной анестезией.

Оценивалось общее состояние пациентов после операции, необходимость введения обезболивающих в первые сутки после хи-

рургического вмешательства, а также влияние на ход операции.

Всем пациентам выполнялась электроэнцефалография до и после выполнения хирургического вмешательства.

Результаты и их обсуждение. В ближайший послеоперационный период в группе спинального обезболивания в течение 24 часов введение наркотических анестетиков не понадобилось ни в одном случае. Среди неблагоприятных явлений в двух случаях отмечалась тошнота, ещё в двух – головные боли, вызванные временным снижением вертебрального давления.

В группе общего наркоза тошнота со рвотой отмечалась в 8 случаях, в 17 случаях потребовалось введение сильных обезболивающих (инъекции трамадола,

промедола и иногда морфина). В целом, спинальная анестезия показала себя клинически эффективнее, чем эндотрахеальный наркоз, в ближайшем послеоперационном периоде.

Что касается данных электроэнцефалографии, то патологических изменений было гораздо меньше в группе использования спинального обезболивания. Особенно ярко эти изменения выражались у пациентов с многократным введением.

Заключение. Спинальная анестезия является оптимальным методом для обезболивания пациентов с отдалёнными последствиями ожогов нижних конечностей. Особенно хорошо она переносится лицами, имеющими в анамнезе многократные введения в эндотрахеальный наркоз.

Шокиров М.К., Ашуров Г.Г.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ ЛЁТНОГО СОСТАВА ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ С ПАТОЛОГИЕЙ СТРУКТУРНЫХ ЕДИНИЦ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Оценить эффективность терапии хронического пародонтита среди лётного состава гражданской авиации в зависимости от уровня их комплаентности к лечению воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта.

Материал и методы исследования. С целью оценки влияния уровня комплаентности к пародонтологическому лечению обследовано 98 авиаработников лётного состава гражданской авиации с хроническим пародонтитом легкой степени тяжести в возрасте от 20 до 50 лет и старше на базе Медико-санитарной части ОАО «Международный аэропорт Душанбе».

Среди обследованных пациентов использовались по показаниям стандартные мероприятия, включающие аппликации противовоспалительных мазей (10% метилурациловая мазь, 3% индометациновая мазь, «Левомеколь», мазь гепарина). Курс пародонтологической терапии проводили в течение 15 дней.

Обследование стоматологического статуса включало опрос, сбор анамнеза, инструментальный осмотр с последующим определением гигиенического (индекс Грина-Вермиллиона, ОНI-S) и пародонтологических (папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс, РМА; индекс Расселя, ПИ) индексов, а также проведение лучевой диагностики с использованием ОПТГ и КЛКТ.

Для выявления уровня комплаентности к пародонтологическому лечению среди авиаработников проводили социологическое интервьюирование с использованием «Опросника количественной оценки приверженности к лечению», представленном на первом Российском консенсусе по количественной оценке приверженности лечению, одобренном на XII Национальном конгрессе терапевтов.

После проведения соответствующего лечения динамическое наблюдение за авиаработниками осуществляли через 7, 14 дней, 1 и 6 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Проблема лечения воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта не теряет своей актуальности в связи с тем, что констатируется недостаточная эффективность стандартной пародонтологической терапии. В исследованиях авторов ближнего и дальнего зарубежья систематически ведется анализ причин «неудач» и поиски новых, более эффективных методов и средств пародонтологического лечения.

Одним из наиболее существенных факторов, обеспечивающих эффективность лечения стоматологических заболеваний в целом, является комплаентность к соответствующему лечению, так как, по данным Всемирной Организации Здравоохранения, в развитых странах при долгосрочной терапии только 50,0% пациентов выполняют рекомендации врача.

Среди обследованного контингента лётного состава с хроническим пародонтитом легкой степени тяжести от общего количества обследованных (98 человек) низкий уровень комплаентности к пародонтологическому лечению составил 22,9%, средний и высокий уровни комплаентности – соответственно 62,7% и 14,4%. При хроническом пародонтите средней степени тяжести значение исследуемых показателей составило соответственно 35,3%, 53,4% и 11,3%.

Полученные материалы позволяют отметить, что исходное значение индекса Грина-Вермиллиона (ОНИ-S) среди авиаработников лётного состава с низким уровнем комплаентности к пародонтологическому лечению составило $3,10 \pm 0,26$ баллов, а у лиц со средним и высоким уровнями комплаентности к лечению – соответственно $2,54 \pm 0,14$ и $2,33 \pm 0,12$ баллов. Через 7 и 14 дней после активной реализации профессиональной гигиены полости рта значение исследуемого индекса среди обследованного контингента с низким, средним и высоким уровнями комплаентности составило соответственно $0,33 \pm 0,06$; $0,19 \pm 0,05$; $0,08 \pm 0,02$ и $0,33 \pm 0,06$; $0,17 \pm 0,02$; $0,06 \pm 0,02$ баллов.

Через 1 месяц после активной реализации пародонтологического лечения индикационное значение ОНИ-S недостоверно увеличилось у лётного состава с низким уровнем комплаентности к пародонтологическому лечению до уровня $0,49 \pm 0,07$, а у лиц со средним и высоким уровнями комплаентности – до $0,36 \pm 0,04$ и $0,15 \pm 0,02$ баллов соответственно. В отдаленные сроки наблюдения (через 6 месяцев) значения исследуемых показателей среди авиаработников с низким, средним и

высоким уровнями комплаентности составили соответственно $1,73 \pm 0,13$; $0,69 \pm 0,11$ и $0,32 \pm 0,04$ баллов.

В динамике исследования на 7-е и 14-е сутки значение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса достоверно снизилось у лётного состава с хроническим пародонтитом легкой степени тяжести как с высоким, так и со средним и низким уровнями комплаентности к терапии заболеваний пародонта. Среди обследованного лётного состава с хроническим пародонтитом легкой степени тяжести исходное значение индекса РМА у лиц с низким, средним и высоким уровнями комплаентности к лечению составило соответственно $32,8 \pm 2,18\%$, $26,7 \pm 1,83\%$ и $21,3 \pm 2,168\%$. Через 1 месяц после лечения индикационные значения РМА среди этих же лиц лётного состава составили $16,6 \pm 0,32\%$, $12,3 \pm 0,26\%$ и $4,14 \pm 0,06\%$ соответственно, а через 6 месяцев – $36,1 \pm 2,20\%$, $22,8 \pm 1,96\%$ и $4,96 \pm 0,08\%$ соответственно.

При наличии хронического пародонтита легкой степени тяжести исходное значение пародонтального индекса (PI, Russel) у лётного состава гражданской авиации с низким уровнем комплаентности к лечению в среднем составило $1,86 \pm 0,22$ баллов, тогда как у лиц со средним и высоким уровнями комплаентности оно соответствовало $1,45 \pm 0,12$ и $1,40 \pm 0,10$ баллам. В динамике исследования через 7 дней после начала соответствующего лечения достоверно снизилось значение пародонтального индекса относительно исходного уровня у лётного состава как с низким ($0,58 \pm 0,06$), так и со средним ($0,53 \pm 0,03$) и высоким ($0,35 \pm 0,02$) уровнями комплаентности к пародонтологическому лечению. Такая же тенденция зафиксирована на 14-е (соответственно $0,35 \pm 0,02$ баллов, $0,47 \pm 0,04$ и $0,36 \pm 0,02$ баллов) и 30-е сутки ($0,30 \pm 0,02$ баллов, $0,35 \pm 0,04$ и $0,24 \pm 0,02$ баллов) наблюдения. Через 6 месяцев после пародонтологического лечения у лётного контингента авиаработников с низким и средним уровнями комплаентности значение названного индекса увеличилось с высокими достоверными значениями (соответственно $0,98 \pm 0,10$ и $0,85 \pm 0,07$ баллов), тогда как у лиц с высоким уровнем комплаентности оно оставалось практически на прежнем уровне ($0,26 \pm 0,02$ балла).

Полученные материалы показывают, что у лётного состава с хроническим пародонтитом легкой степени и низким уровнем комплаентности через 7 и 14 дней значение PI (Russel) отличается от исходных показателей в 3,2 и 5,3 раза соответственно, со средним уровнем – в 2,5 и 2,7 раза соответственно, с

высоким уровнем – в 3,8 и 3,9 раза соответственно. Кроме того, нами выяснилось, что среди авиаработников с высоким уровнем комплаентности к пародонтологическому лечению показатели всех индексов (ОHI-S, РМА и PI) после проведенного лечения значительно снижались и на протяжении всего срока наблюдения оставались стабильными.

Заключение. Таким образом, уровень комплаентности лётного состава гражданской авиации к пародонтологическому ле-

чению значительно влияет на эффективность стандартного лечения и на исход хронического пародонтита легкой степени тяжести. Среди авиаработников с высоким уровнем комплаентности стандартная схема лечения хронического пародонтита в большинстве случаев приводила к компенсации пародонтологического статуса, тогда как при низком уровне комплаентности авиаработники оказались в состоянии рецидивирующего течения хронического пародонтита.

Шокиров М.К., Исмоилов А.А., Ашуров Г.Г.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГИНГИВИТА У СОТРУДНИКОВ ГРАЖДАНСКОЙ АВИАЦИИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения хронического гингивита у лётного персонала и сотрудников наземной службы гражданской авиации.

Материал и методы исследования. Исследования проводили на базе Медико-санитарной части Международного аэропорта г. Душанбе.

С использованием клинико-рентгенологического метода обследован пародонтологический статус у 42 человек лётного персонала и 45 сотрудников наземной службы гражданской авиации в возрасте от 22 до 65 лет. Из лётного персонала и сотрудников наземной службы были сформированы 4 группы: I группа – лётный персонал с патологией пародонта, 25 человек; II – сотрудники наземной службы гражданской авиации с патологией пародонта, 28 человек; III - 17 человек лётного состава гражданской авиации с интактным состоянием пародонта (1 контрольная группа); IV группа – 17 сотрудников наземной службы аэропорта с интактным состоянием пародонта (2 контрольная группа).

Результаты и их обсуждение. Высокая распространённость заболеваний пародонта диктует необходимость поиска оптимальных средств, методов профилактики и лечения с учётом патогенетических механизмов их развития. Существует тесная связь патологии пародонта с общими заболеваниями организма, особое место среди которых занимают

болезни органов пищеварения и системы кровообращения, органов дыхания и крови, эндокринной и мочеполовой систем, что обусловлено общностью основных звеньев патогенеза.

Вместе с тем, в последние годы работы по изучению особенностей развития хронического гингивита у сотрудников гражданской авиации в нашей республике практически отсутствуют. Актуальным является изучение структуры хронического гингивита, которое у лётного персонала и сотрудников наземной службы гражданской авиации не проводилось. Не установлены доминирующие лётно-ассоциированные патогенетические факторы при различной тяжести хронического гингивита у лётного персонала, определяющие выбор адекватного лечебно-профилактического воздействия.

Полученные данные свидетельствуют о том, что значение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса в I и II группах авиаработников составило соответственно $32,2 \pm 1,8\%$ и $18,5 \pm 0,7\%$, причем у лётного персонала названный показатель достоверно выше (в 1,7 раз), по сравнению с работниками наземной службы ($p < 0,01$). В III и IV группах авиаработников значение вышеупомянутого индекса равнялось нулю. Значение индекса кровоточивости не зарегистрировалось в III и IV группах работников лётного состава и наземной служб, с максимальным балль-

ным значением у пациентов I ($2,13 \pm 0,22$) и II ($1,21 \pm 0,24$) группы.

Значение используемых индексов достоверно снижаются от I к IV группе авиаработников с соответствующими значениями $2,83 \pm 0,05$; $2,25 \pm 0,05$; $1,92 \pm 0,07$ и $1,56 \pm 0,06$ баллов для индекса Федорова-Володкиной, $1,64 \pm 0,05$; $1,03 \pm 0,07$; $0,85 \pm 0,07$ и $0,52 \pm 0,05$ баллов для индекса Грина-Вермиллиона при соответствующих значениях $1,75 \pm 0,14$; $1,13 \pm 0,10$; $0,27 \pm 0,04$ и $0,17 \pm 0,05$ баллов для индекса Силнес-Лоу.

Полученные данные свидетельствуют о том, что показатель папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса, равный более 21%, свидетельствующий о наличии тяжелого воспалительного процесса в краевом пародонте, с высокой степенью достоверности визуализировался у лётного состава I группы ($68,2 \pm 7,3\%$), по сравнению с авиаработниками наземной службы (II группа, $29,8 \pm 3,4\%$). У пациентов III и IV групп не были зафиксированы тяжелые формы хронического гингивита. Индекс кровоточивости тяжелой степени тяжести (2 степени) выявлялся редко и только у авиаработников I и II групп, достоверно не отличаясь между собой (соответственно $15,5 \pm 2,7\%$ и $11,9 \pm 1,6\%$). Индекс Федорова-Володкиной, составляющий 2,1 балла и более и свидетельствующий о неудовлетворительном состоянии полости рта, определялся во всех группах авиаработников, однако высокое

значение визуализировалось в I группе, в 1,3, 1,4 и 2,3 раза превышая частоту этого показателя во II, III и IV групп (соответственно $58,3 \pm 5,7\%$, $46,0 \pm 4,8\%$, $43,3 \pm 4,7\%$ и $24,9 \pm 3,6\%$).

Индекс Грина-Вермиллиона, составляющий более 1,0 балла, свидетельствующий о выраженном налете и минерализованных зубных отложениях, встречается почти у всех авиаработников лётного состава I группы ($95,3 \pm 3,5\%$), достоверно отличаясь от II, III и IV групп (соответственно $68,8 \pm 4,7\%$, $43,2 \pm 4,3\%$ и $34,6 \pm 4,4\%$). И, наконец, индекс Силнес-Лоу 2,0-3,0 балла, свидетельствующий о наличии зубной бляшки и интенсивном отложении минерализованного и неминерализованного зубного налёта, выявляется в $44,1 \pm 4,4\%$ в I группе лётного персонала и не диагностируется в остальных группах авиаработников гражданской авиации.

Заключение. Таким образом, полученные данные позволяют прийти к заключению, что воспалительный процесс тяжелой степени тяжести в краевом пародонте наиболее выражен у лётного персонала. Это можно объяснить тем, что стресс-индуцирующие факторы авиационного полета (шум, гипоксия, перепады барометрического давления, вибрация, гипервесомость) при длительном воздействии на органы, ткани и экосистемы полости рта приводят к однотипным и неспецифическим функциональным изменениям.

^{1,2}Шумилина О.В., ¹Мурадов А.М.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТОКСИЧНОСТИ СМЕШАННОЙ ВЕНОЗНОЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

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. Определить влияние легких на состояние токсичности притекающей венозной крови при синдроме эндогенной интоксикации.

Материал и методы исследования. Определены маркёры токсичности у 84 женщин с синдромом эндогенной интоксикации, обусловленной перитонитом акушерской этиологии, в возрасте от 17 до 64 лет, в среднем 41,6 года. В фазе без

признаков системной воспалительной реакции поступили 32,0%, с признаками системной воспалительной реакции – 40,0%, с клиническими проявлениями сепсиса – 28,0% пациенток. Степень эндогенной интоксикации определяли по Н.М. Федоровскому (1993). Стадии СЭИ у наблюдаемых нами пациенток коррелировали с фазами перитонита. Структура осложнений представлена острым респираторным

дистресс-синдромом (ОРДС), синдромами полиорганной недостаточности (СПОН), нарушений нереспираторных функций легких (СННФЛ), острого системного воспалительного ответа (СОСВО), сепсисом, острым почечным повреждением (ОПП), острой печеночной недостаточностью (ОПечН).

Использовались общеклинические методы исследования, определение степени тяжести на основании выявленных клинических проявлений, степени СЭИ, ЭКГ, данные лабораторно-инструментальных методов, проводились функционально-диагностические исследования.

Для изучения влияния легких на токсичность притекающей к ним крови, т.е. состояние детоксикационной функции легких (ДФЛ), сравнивали кровь правого желудочка сердца – смешанная венозная кровь (СВК) и оттекающая артериальная кровь (ОАК), взятые одновременно, по параметрам токсичности: содержание мочевины и креатинина в крови, пептидов средних молекулярных масс (МСМ), малонового диальдегида (МДА), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), время выживаемости парameций (ВВП), индекс интоксикации (ИИ), некротические тела (НТ), индекс токсичности (ИТ), общую (ОКА) и эффективную (ЭКА) концентрации альбумина, концентрации общего билирубина, печеночных трансаминаз (АлАт, АсАт). Выявленные нарушения классифицировались, как синдром нарушений нереспираторных функций легких (Мурадов А.М., 1999).

Проведенные исследования у наблюдаемых больных сравнивались с контрольной группой (20 здоровых доноров).

Для обработки полученных данных использовали пакет программ Statistica – 6.0, параметрические и непараметрические методы.

Результаты и их обсуждение. На основании данных исследований СВК и ОАК по небелковым азотистым компонентам крови (мочевина, креатинин), МСМ (при $\lambda=254$ нм и $\lambda=280$ нм), продуктам перекисного окисления липидов (МДА), биологическому тесту (ВВП), ЛИИ, ИИ, ИТ, НТ, ЭКА, ОКА и ОКА все больные условно разделены на три исходные группы в зависимости от стадии перитонита и

нарушений детоксикационной функций легких. Полученные данные указывают, что легкие в норме выполняют детоксикационную функцию по отношению к эндогенно образующимся токсическим веществам, при патологии она, постепенно снижаясь, нарушается. У наблюдаемых нами больных с перитонитом в зависимости от стадии основного заболевания и развития СЭИ функционирует детоксикационная система в легких, но лишь до определенной степени, компенсируя возникшую в организме интоксикацию, после чего происходит её истощение и утрата при значительном возрастании концентрации токсических продуктов в притекающей к ним смешанной венозной крови, что может быть обусловлено развитием патологического состояния уже в самих легких. В этих условиях легкие становятся, в некоторой степени, сами источником интоксикации организма, а также развития ОРДС и СННФЛ.

Нарушение участия легких в детоксикации эндотоксинов происходит поэтапно: I стадия – компенсированная с начальными 1а и выраженными 1б нарушениями (токсичность ОАК меньше, чем СВК в 1а более 50% и 1б менее 51%); II стадия – субкомпенсированная (токсичность СВК и ОАК достоверно не различается); III стадия – декомпенсированная 3а и 3б (ОАК становится более токсичной, по сравнению с СВК: 3а с обратимыми и 3б – с необратимыми изменениями, при этом легкие сами становятся источником интоксикации организма).

Субкомпенсированная стадия нарушения детоксикационной функции легких свидетельствует о начале синдрома нарушения нереспираторных функций легких СННФЛ и шокового поражения самого легкого, а декомпенсированная стадия – о развитии СОЛП и СПОН.

Заключение. Определение степени участия легких в детоксикации эндотоксинов даёт возможность определить тяжесть течения и прогноз основного заболевания, проводить раннюю диагностику развития синдромов полиорганной и полисистемной недостаточности, а также своевременного подключения методов экстракорпоральной гемо- и лимфокоррекции у этого сложного контингента больных.

^{1,2}Шумилина О.В., ¹Мурадов А.М., ²Мурадов А.А., ¹Хамрокулов А.А.,
¹Ризоев М.М., ²Неъмонов Х.Д., ²Неъмонова О.Р.

СОСТОЯНИЕ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ СИНДРОМЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПОСЛЕ НЕПРЯМОГО ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОГО ОКИСЛЕНИЯ КРОВИ

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. Оценить влияние непрямого электрохимического окисления крови на состояние детоксикационной функции легких при синдроме эндогенной интоксикации.

Материал и методы исследования. Обследованы и пролечены 84 женщины с синдромом эндогенной интоксикации, обусловленной перитонитом акушерской этиологии, в возрасте от 17 до 64 лет, в среднем 41,6 года. Степень эндогенной интоксикации определяли по Н.М. Федоровскому (1993). У всех наблюдаемых пациенток присутствовал синдром нарушений нереспираторных функций легких (СННФЛ) (Мурадов А.М., 1999): I стадия – компенсированная с начальными 1а и выраженными 1б нарушениями (токсичность ОАК меньше, чем СВК в 1а более 50% и 1б менее 51%) – соответствует фазе перитонита без системной воспалительной реакции (СВР); II стадия – субкомпенсированная (токсичность СВК и ОАК достоверно не различается) – соответствует фазе перитонита с признаками СВР; III стадия – декомпенсированная 3а и 3б (ОАК становится более токсичной, по сравнению с СВК: 3а с обратимыми и 3б – с необратимыми изменениями, при этом легкие сами становятся источником интоксикации организма) – соответствует фазе перитонита с клиническими проявлениями сепсиса.

Детоксикационная функции легких (ДФЛ) оценивалась по параметрам токсичности крови правого желудочка сердца – смешанная венозная кровь (СВК) и оттекающей артериальной крови (ОАК), взятых одновременно: содержание мочевины и креатинина в крови, пептидов средних молекулярных масс (МСМ), малонового диальдегида (МДА), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), время выживаемости парамеций (ВВП), индекс интоксикации (ИИ), некротические тела (НТ), индекс токсичности (ИТ), общую (ОКА) и эффективную (ЭКА) концентрации альбумина, концентрации общего билирубина, печеночных трансаминаз (АлАт, АсАт).

Непрямое электрохимическое окисление крови (НЭХОК) производили во 2 и 3 фазах перитонита с помощью внутривенной инфузии в центральную вену раствора гипохлорита натрия (NaClO), полученного на электрохимической установке ЭДО-4 (Россия) с соблюдением всех регламентационных требований в концентрации 0,06% (600,0±80 мг/л).

Для изучения влияния НЭХО на ДФЛ сравнивались пробы СВК и ОАК после инфузии 0,06% раствора NaClO через 1 и 4-6-12 часов. Также проводилось сравнение с показателями токсичности крови при поступлении больных, т.е. до инфузии гипохлорида натрия.

Обработки полученных данных произведена с использованием пакета программ Statistica – 6.0, параметрическими и непараметрическими методами.

Результаты и их обсуждение. У больных в первой фазе перитонита с проявлениями субкомпенсированной стадии ДФЛ после введения 0,06% NaClO отмечается тенденция к снижению показателей токсичности в первые часы, а в последующие 4-6 часов – их статистически достоверное снижение, что положительно влияет на восстановление детоксикационной функции легких. Однако этот процесс требует повторного применения в течение 24 часов для перевода эндогенной интоксикации из 2-3 степеней – в 1-ю, когда детоксикационные возможности самого организма будут сами в состоянии справиться с патологией.

Изучение показателей токсичности СВК и ОАК у больных с третьей фазой акушерского перитонита с клиническими и лабораторными проявлениями декомпенсированной стадии ДФЛ до и после инфузии 0,06% NaClO выявило, что по показателям мочевины и креатинина в первые часы после инфузии отмечается тенденция к снижению их концентрации в СВК и ОАК, а через 6 часов выявлено уже достоверное их снижение, т.е. через 6 часов легкие уже сами в состоянии их детоксицировать и, в противоположность до инфузии и через 1 ч после неё, в оттекающей артериальной крови концентра-

ции мочевины и креатинина отпускаются до нормы. Иначе - за этот промежуток времени произошло восстановление детоксикационной и дренажной функций легких. Динамические изменения показателей МСМ, НТ, ЦИК имеют аналогичную тенденцию. Анализ содержания амфифильных метаболитов (жирные кислоты, билирубина, ферментов) и малонового диальдегида, которые при перитоните в третьей фазе возрастают в несколько раз, показали, что они значительно снизились к 6 и, особенно, к 12 часу после процедуры, по сравнению с 1-м и показателями до инфузии 0,06% раствора гипохлорита натрия. При этом отмечено, что ДФЛ имела тенденцию к восстановлению именно к 6-12 часу после инфузии, т.к. в это время концентрации всех этих веществ в ОАК становились достоверно меньше, чем в СВК.

Наши исследования показали, что в данной группе больных с перитонитом гипохлорит натрия значительно снизил концентрации и низкомолекулярных, и среднемолекулярных токсических соединений, что подтверждается интегральными показателями - ИТ, ЛИИ и ИИ, а также увеличением общей и эффективной концентраций альбумина, которые достоверно увеличились на 35% и 38% через час и на 58% и 65% - через 6 часов после НЭХО крови.

Мы также применяли 0,06% раствор NaClO при промывании брюшной полости и операционных ран в сочетании с его внутривенным введением, что показало очевидный бактерицидный эффект в отношении большинства представителей как грамотрицательной, так и грамположительной микрофлоры. При этом очевидно, что суммарный эффект

антибактериальной терапии и электрохимического окисления достоверно возрастает, что проявляется в ускоренном очищении брюшной полости от гноя, фибрина, а также в повышении чувствительности интраабдоминальной микрофлоры к антибиотикам, подтвержденной посевами и результатами скорейшего выздоровления.

Заключение. Таким образом, наши наблюдения и исследования показали, что NaClO является мощным окислителем токсических компонентов крови, в первую очередь амфифильных, гидрофильных и гидрофобных метаболитов, находящихся в основном в низко-, среднемолекулярных фракциях, а также липидных структур клеточных мембран вследствие изменения их проницаемости и режима работы K⁺, Na⁺, АТФ-азного насосов. Как показали полученные данные, через 1 ч после инфузии 0,06% раствора NaClO наблюдалась нормализация показателей КОС, снижалась концентрация глюкозы, удлинялось время свертывания крови, однако показатели, отражающие токсичность крови и степень интоксикации, имели только тенденцию к снижению, а окисление токсических метаболитов происходило в течение 4-6-12 ч после инфузии NaClO, о чем свидетельствует снижение концентрации этих ксенобиотиков.

Очевидно, что применение NaClO с целью детоксикации в указанном объеме и концентрации в первые 4-6-12 ч вызывает значительное улучшение детоксикационной функции легких и восстанавливается из декомпенсированной стадии нарушения у одной части больных - в субкомпенсированную, у другой - в компенсированную стадию.

¹Юльчиев Р.И., ²Ашуров Г.Г.

СИТУАЦИОННАЯ ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ УДАЛЕННЫХ И ПОДЛЕЖАЩИХ УДАЛЕНИЮ ЗУБОВ, КАК ВОЗМОЖНЫХ ПРЕДИКТОРОВ РИСКА ЛУНОЧКОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Провести ситуационную оценку интенсивных показателей удаленных и подлежащих удалению зубов, как возможных факторов риска луночкового кровотечения.

Материал и методы исследования. Для оценки частоты и степени потери зубов, включая как удаленные, так и требующие удаления, мы провели клинико-эпидемиологическое исследование

кариесологического состояния населения г. Душанбе. Для точного определения числа эпидемиологических наблюдений использовалась формула случайной репрезентативной выборки, учитывая общее количество участников исследования. В общей сложности было обследовано 237 пациентов.

Кариесологический статус исследуемой группы оценивался на основе анализа данных о сложных формах кариеса, требующих удаления, и уже удаленных зубах. Для этого применялась методика, разработанная в Центральном НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава России, автором которой является профессор А.В. Алимский.

Результаты и их обсуждение. После экстракции часто наблюдаются кровотечения из лунок удаленных зубов, продолжительность которых составляет от 5 до 15 минут у лиц без наличия сопутствующих заболеваний, а при наличии последних длительность кровотечения может удлиниться до 5-6 часов. Более того, между третьим и пятым днями после удаления зуба существует высокий риск возникновения вторичного кровотечения. Продолжительная кровопотеря из места удаления зуба может привести к замедленному формированию кровяного сгустка, развитию раневой инфекции, снижению уровня гемоглобина у пациента и ухудшению состояния при наличии основной соматической патологии.

Несмотря на многочисленные исследования, нельзя не отметить отсутствие в литературных источниках последних лет сведений относительно интенсивности удаленных (компонент «У») и подлежащих удалению зубов (компонент «Х»), как возможных предикторов провоцирования луночкового кровотечения.

С учетом изложенного выше, изучение суммарного значения потери зубов, как возможных факторов риска луночкового кровотечения после удаления зубов, является актуальной проблемой, требующей пристального внимания со стороны соответствующих специалистов стоматологического профиля.

Суммарное значение изучаемых компонентов («У» и «Х») интенсивности кариеса у жителей г. Душанбе неуклонно увеличивается с возрастом. Если у 20-29-летних

лиц абсолютное значение удаленных зубов в среднем составило $1,52 \pm 0,1$ единиц, то у 30-39- и 40-49-летних лиц оно соответствовало $3,31 \pm 0,2$ и $3,74 \pm 0,4$ единиц на одного человека, у 50-59-летних лиц и старше 60 лет - соответственно $8,16 \pm 0,6$ и $18,2 \pm 1,1$ единиц. Проведенные расчеты показали, что усредненная абсолютная величина удаленных зубов (компонент «У») составляет $6,99 \pm 0,5$ (73,10%) единиц на одного обследованного жителя г. Душанбе.

Как свидетельствуют полученные фактические материалы, среди обследованных лиц города наиболее высокая доля удаленных зубов отмечена у пациентов в возрасте 60 лет и старше (80,2%). Наименьшее количественное значение компонента «У» отмечено у 20-29-летних обследованных (36,6%). Процентный удельный вес удаленных зубов по отношению к общему количеству зубов, подлежащих удалению (сумма компонентов «У» и «Х»), в возрастных категориях 40-49 и 50-59 лет составлял соответственно 60,1% и 70,3%. Анализ данных, полученных в ходе исследования среди населения города Душанбе, указывает на постепенное увеличение количества утраченных зубов с возрастом, причем эта тенденция становится более выраженной после достижения 50-летнего возраста.

Как видно из полученных данных, в структуре интенсивности кариеса зубов абсолютное значение удельного веса компонента «Х» колеблется от минимального ($2,18 \pm 0,2$ единиц) до максимального ($4,51 \pm 0,3$) значений. Усредненная величина исследуемого компонента среди жителей города составила $3,05 \pm 0,2$ единиц пораженного зуба, подлежащих удалению, на одного обследованного пациента. В различных возрастных группах пациентов из города Душанбе доля зубов, которые требуют удаления (элемент «Х»), в процентном соотношении к общему количеству утраченных и подлежащих удалению зубов (сумма элементов «У» и «Х») была следующей: 63,4% в самой молодой группе, затем 39,7%, 39,9%, 29,7% и 19,8% соответственно в старших возрастных группах.

Заключение. Таким образом, неблагоприятное состояние кариесологического статуса среди обследованного контингента г. Душанбе свидетельствует об отсутствии активной и целенаправленной профилактики кариеса зубов.

¹Юльчиев Р.И., ²Каримов С.М.

СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ЛУНОЧКОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (УДАЛЕННЫХ И ПОДЛЕЖАЩИХ УДАЛЕНИЮ ЗУБОВ) В РАЗЛИЧНЫХ ТЕРРИТОРИАЛЬНО-АДМИНИСТРАТИВНЫХ ЗОНАХ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

¹Кафедра челюстно-лицевой хирургии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино»

²Кафедра терапевтической стоматологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Цель исследования. Провести сопоставительную оценку интенсивных показателей удаленных и подлежащих удалению зубов, как возможных факторов развития луночкового кровотечения, в различных регионах Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Для оценки частоты и степени потери зубов, включая как удаленные, так и требующие удаления, мы провели клинико-эпидемиологическое исследование кариесологического состояния населения в разных территориально-административных зонах Республики Таджикистан. Для точного определения числа эпидемиологических наблюдений использовалась формула случайной репрезентативной выборки, учитывая общее количество участников исследования. В общей сложности было обследовано 817 пациентов из основной группы, включая 237 пациентов из города Душанбе, 172 пациента из Хатлонской области, 202 пациента из Согдийской области и 206 пациентов из Районов республиканского подчинения. В каждой возрастной категории общее число участников исследования превышало 150 человек.

Для стандартизированного изучения и оценки кариесологического статуса использовался единый методический подход, заключающийся в заполнении специально разработанной карты для каждого обследованного пациента. Данная карта именуется как «Комбинированная карта ВОЗ для стоматологического исследования и определения нужды в лечении».

Результаты и их обсуждение. Наиболее частой причиной луночковых кровотечений является травматизация тканей и повреждение сосудов при удалении зубов, а также при проведении хирургических вмешательств на костях челюстно-лицевой области, где самопроизвольная остановка кровотечения происходит благодаря свертывающей системе крови. Нельзя не отметить, что у некоторых

пациентов при нарушении данного процесса отмечается продолжение кровотечения. Как правило, данный факт обусловлен значительным повреждением десны, альвеолярного отростка, слизистой оболочки полости рта. Безусловно, в таких случаях ситуацию может усугубить наличие сопутствующей травмы и воспалительного процесса в околочелюстной области, а также наличие системных заболеваний у пациента (геморрагические диатезы, острый лейкоз, артериальная гипертензия, патология печени, сахарный диабет и др.).

Отражая современные тенденции в науке, клинико-эпидемиологические исследования являются частью глобальной тенденции к инновациям и имеют высокую актуальность в сфере стоматологических исследований. В указанном аспекте сведения относительно интенсивности удаленных и подлежащих удалению зубов, как возможных факторов развития луночкового кровотечения, являются актуальной проблемой в стоматологии.

Полученные данные, характеризующие состояние утраченных зубов в разных зонах проживания, показали, что максимальная частота интенсивности удаленных зубов ($9,20 \pm 1,0$ единиц) выявлена среди жителей Районов республиканского подчинения против усредненного значения данного показателя среди обследованных жителей г. Душанбе ($6,99 \pm 0,5$ единиц), Хатлонской ($7,87 \pm 0,6$) и Согдийской ($7,65 \pm 0,5$) областей. Частота интенсивности зубов, подлежащих удалению (компонент «Х»), в вышеназванных территориально-административных зонах республики составила соответственно $3,71 \pm 0,3$ единиц, $3,05 \pm 0,2$; $3,90 \pm 0,3$ и $3,69 \pm 0,3$ единиц на одного обследованного.

При изучении прироста утраченных зубов выяснилось, что максимальное значение данного показателя по компонентам «У» и «Х» выявлено среди жителей г. Душанбе (соответственно 91,6% и 41,7%). Среди жителей Хатлонской, Согдийской областей и Райо-

нов республиканского подчинения прирост удаленных зубов составил соответственно 87,6%, 88,6% и 82,1% при соответствующем значении 10,8%, 36,9% и 30,6% для компонента «Х».

Заключение. Таким образом, сложившаяся ситуация в отношении суммарного значения утраченных зубов (компонент «У» + компонент «Х») может провоцировать вероятность прогностического роста показателя удельного веса удаления зубов к леченым, а, следовательно, риск возможного увеличения количества луночковых кровотечений. Результаты исследования представляют возможность значительно улучшить эф-

фективность терапевтического лечения за счет активной реализации комплексного лечебно-профилактического подхода. Такой комплексный подход в лечении помогает значительно уменьшить риск развития луночкового кровотечения. Особенно важно, что стоматологи, анализируя клинико-эпидемиологические данные о кариесологическом статусе и утрате зубов, получают возможность не только более глубоко оценить текущую ситуацию, но и в некоторой мере спрогнозировать свои действия для предотвращения луночкового кровотечения, что способствует повышению качества лечения и профилактики.

Юсутова З.Х., Назарова М.Дж., Шамсидинов А.Т.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КРОНОК И КРОНОК ИЗ БЕЗМЕТАЛЛОВОЙ КЕРАМИКИ

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

Цель исследования. Оценить качество металлокерамических коронок и коронок из безметалловой керамики.

Материал и методы исследования. В Институте последипломного образования в сфере здравоохранения Республике Таджикистан на кафедре ортопедической стоматологии с 2023 по 2024 г. проводилось изучение свойств металлокерамических коронок и коронок из безметалловой керамики на основе диоксида циркония среди 24 пациентов.

Исследуемых респондентов распределили на 2 группы, которым были изготовлены металлокерамические коронки (23) – 12 пациентам и коронки из безметалловой керамики на основе диоксида циркония (24) – 12 пациентов.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали, что при сколах в 4,2% безметалловых коронок в отличие от 14,9% металлокерамической коронки легко отреставрировать, так как ее конструкция не имеет металлического каркаса и поэтому незначительные повреждения будут незаметны на ней. Эстетическая характе-

ристика металлокерамических коронок в 29,8% случаев имеют удовлетворительные визуальные качества, а коронки на основе диоксида циркония в 70,2%, не имея каркаса из металла, прекрасно имитируют структуру, цвет и блеск натуральных зубов. Поэтому с их помощью можно не только восстановить разрушенный зуб и вернуть его функцию, но и сделать это естественно и красиво. Гигиенический уход за металлокерамической коронкой требуют полировки при проведении профессиональной чистки зубов, тогда как уход за безметалловой керамикой прост как за естественными зубами. Коронки на основе диоксида циркония, не имея металла в своем составе, не вызывают аллергических реакций и металлического привкуса во рту.

Заключение. Металлокерамические коронки в настоящее время завоевали первое место в ортопедической стоматологии, но исходя из всех достоинств коронок из диоксида циркония, они уже широко внедряются в практическую медицину и за ними будущее.

Юсупова З.Х., Рахмонова Р.А., Чийнова С.Р.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ВИНИРОВ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ

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

Цель исследования. Оценить преимущества и недостатки виниров.

Материал и методы исследования. Нами было исследовано и протезировано 12 пациентов, из которых 7 женщин (58,3%) и 5 мужчин (41,7%).

Исследуемых пациентов разделили на 2 группы, одним изготовили 18 (46,1%) керамических виниров, другим циркониевые виниры – 21 (53,9%).

Результаты и их обсуждение. Керамические виниры были изготовлены непрямым методом в зуботехнической лаборатории 46,1% обследуемым. Первой группе исследуемых применили виниры для устранения небольших дефектов или сколов фронтальных зубов при устранении диастем, коррекции формы и положения зуба. Тогда как 2 группе (53,9% исследуемых) были применены циркониевые виниры (из диоксида цирко-

ния). Их изготовили также в лаборатории посредством автоматизированного CAD/CAM оборудования. Это позволило избежать ряда ошибок.

Заключение. Керамические виниры, несомненно, - один из оптимальных вариантов для реставрации фронтальной группы зубов и восстановления их эстетики. В качестве наилучшего материала выделяется диоксид циркония. С помощью него можно добиться максимально естественной цветопередачи и светопреломления. Микропротезы менее подвержены сколам, плотно прилегают к тканям зуба, что является профилактикой расфиксации и возникновению вторичного кариеса. Но при этом есть и отрицательные стороны: стоимость намного превышает аналогичные фарфоровые реставрации. В современной стоматологии виниры занимают достаточно важное место.

^{1,2}Шумилина О.В., ³Баховадинов Б.Б., ⁴Ашурзода Г.С., ⁵Одиназода А.А., ³Певцов Д.Э., ²Мурадов А.А., ³Третьякова А.Ю., ⁴Додхоева М.Ф., ²Ермачкова А.В.

ТРАНСФУЗИОННО-АССОЦИИРОВАННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЛЕГКИХ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

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

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

³ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет имени академика И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁴ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино», Душанбе, Таджикистан

⁵ГУ «Республиканский научный центр крови» МЗиСЗН РТ, Душанбе, Таджикистан

Каждому третьему больному, госпитализированному в отделение реанимации и интенсивной терапии, требуются трансфузии компонентов донорской крови. Трансфузия донорской крови может инициировать развитие трансфузионно-ассоциированного поврежде-

ния легких (transfusion-related acute lung injury – TRALI). TRALI - патологический синдром, который проявляется остро возникшей гипоксемией в течение 6 часов после трансфузии, с наличием двусторонних легочных инфильтратов и при отсутствии других альтернативных

причин развития отека легких. Частота развития TRALI составляет 0,002–0,26% на дозу переливаемого компонента донорской крови. Однако реальная частота этой серьезной посттрансфузионной реакции гораздо выше и связано это с недостаточной диагностикой. Летальность от TRALI составляет 5–15%, являясь ведущей причиной летальности, связанной с переливанием компонентов крови. TRALI чаще всего развивается после переливания свежемороженой плазмы (СЗП), тромбоцитного концентрата (ТК), реже - эритроцитной взвеси и криопреципитата.

Цель исследования. Изучить распространенность TRALI у пациенток акушерско-гинекологического профиля, получивших трансфузии компонентов донорской крови.

Материал и методы исследования. Ретроспективно и проспективно по историям болезни проанализированы результаты инфузионно-трансфузионной терапии у 2800 рожениц, родильниц с кровотечениями, 200 пациенток, подвергнутых оперативному родоразрешению в плановом порядке, и 300 пациенток гинекологического профиля в родовспомогательных учреждениях Республики Таджикистан за 2001-2019 годы. При диагностике TRALI руководствовались рекомендациями Canadian consensus panel of TRALI.

Методом твердофазного иммуноферментного анализа ELISA и мультиплексного анализа на платформе Lumiplex осуществлен поиск анти-HLA, анти-HNA антител в сыворотках крови 24 пациенток с подозрением на TRALI, а также у 32 доноров крови, компоненты крови которых были перелиты пациенткам с подозрением на TRALI.

Результаты и их обсуждение. Всем пациенткам в общей сложности было перелито 17 219 доз компонентов донорской крови, в том числе: СЗП - 11 116 доз, криопреципитат - 340 доз, свежечитратная кровь - 500 доз, ЭСК (эритроцитной взвеси, эритроцитной массы, отмытых эритроцитов) - 5 103 доз, ТК – 160 доз. В среднем одной пациентке было перелито 4,9 доз компонентов донорской крови. Анализ позволил выделить 24 пациенток с подозре-

нием на наличие TRALI. У 18 пациенток из 24 имелись явные клинические и рентгенологические признаки TRALI. У 6 пациенток ввиду недостаточности объема осуществленных диагностических исследований (рентгенологического исследования, газов крови и других) установлено наличие "возможно TRALI". Частота TRALI и «возможно TRALI» составила 1 случай на трансфузию 717,4 доз компонентов крови, что составляет 0,001% на дозу компонента (0,0010% и 0,0003% соответственно). У всех пациенток с TRALI в анамнезе имелись от 2 до 7 беременностей и родов, в том числе с осложнениями, 8 пациенткам производили гемотрансфузии.

Результаты исследования сывороток пациенток и доноров показали наличие анти-HLA-антител к антигенам I класса у 8 пациенток, 3 имели антитела к антигенам II класса, 13 - к антигенам обоих классов, 5 пациенток имели анти HNA-антитела. У 28 доноров женщин были обнаружены антитела к HLA-антигенам обоих классов и к антигенам HNA, у одного донора мужчины из 6 были обнаружены анти-HLA-антитела к антигенам I класса.

Заключение. Компоненты крови, полученные от доноров женского пола, имеющих неоднократные беременности и роды в анамнезе, являются основной причиной развития TRALI у пациентов. В целях профилактики TRALI необходимо наладить исследование образцов крови доноров женского пола с беременностями в анамнезе на наличие анти-HLA- и анти-HNA-антител. При выявлении антител рекомендуется отстранить их от донорства. При отсутствии возможности для проведения исследований на обнаружение анти-HLA- и анти-HNA-антител нужно отказаться от привлечения к донорству лиц женского пола, имеющих роды и беременности в анамнезе. В целях исключения случаев TRALI, связанных с факторами больных, все компоненты крови необходимо подвергать лейкоредукции. При заготовке концентрата тромбоцитов лучше использовать специальные ресуспендирующие растворы типа –SSP+ или аналоги.

Кодири Т.Р., Кобиров О.У., Исмаилов А.А., Бозоров К.А.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО СЕРОЗНОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Кафедра урологии и андрологии ГОУ «ИПОвСЗРТ»

Цель исследования. Исследование возможностей УЗИ при диагностике острого калькулезного пиелонефрита.

Материал и методы исследования. Нами проведено комплексное УЗИ 62 больных острым калькулезным пиелонефритом. Все больные были обследованы в начальной (серозной) стадии заболевания. Мужчин было 26, женщин – 36. В группу подобраны больные с поражением одной почки. УЗИ проводилось тут же, при поступлении больного, и в динамике процесса лечения. Проводились: измерение размеров и объема почки, расширения мочеточника и ЧЛС, оценка внешнего контура почки, дыхательной ее подвижности, эхосиметрия паренхимы почки. Допплерографией определяли максимальную и минимальную скорость кровотока (V_{max} и V_{min}), систоло-диастолическое соотношение (СДО), индекс резистентности (ИР), пульсативный индекс (ПИ).

Результаты и их обсуждение. Лечение начинали с восстановления нарушенного оттока мочи. В результате артериальной гиперемии увеличиваются объем пораженного органа, его размеры, толщины пирамид и коркового слоя. Ограничение дыхательной подвижности почки и усиление контуриро-

ванности фиброзной капсулы вызывается отеком окружающей клетчатки. Расширение лоханки и чашечек свидетельствуют не о наличии воспаления, а о нарушении оттока мочи, вызываемом конкрементами. Эхосиметрия показала усиление эхогенности капсулы почки в у 92,8%, уменьшение эхоплотности пирамид в 100% и коркового слоя над пирамидами - в 95,2% случаев. У всех больных выявлено ослабление кортико-медуллярной дифференцировки. При доплерографии паренхиматозных артерий почек выявлено увеличение максимальной скорости кровотока в 1,6 раз, ИР - в 1,2 раза, ПИ - в 1,4 раза, СДО - в 1,7 раз, что указывает на усиление кровотока, увеличение массы протекающей крови, усиление тонуса сосудов.

Заключение. Наиболее частыми признаками острого калькулезного пиелонефрита являются - увеличение размеров почки, объема, толщины паренхимы, ослабление кортико-медуллярной дифференцировки, нечеткость и неровность контуров почки, расширение полостной системы почки. Эхоплотность пирамид и корковой части над ними уменьшается. Допплерографически характерны увеличение V_{max} , ИР, ПИ, СДО и уменьшение V_{min} .

Кодири Т.Р., Рахимов У.Ю., Кобиров О.У., Пулотов М.Т.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН

Кафедра урологии и андрологии ГОУ «ИПОвСЗРТ»

Цель исследования. Уточнить причины геморрагического цистита, предложить алгоритм диагностики и лечения данного заболевания.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 32 больные с диагнозом геморрагический цистит. Больные обращались с жалобами на учащенное, болезненное мочеиспускание, примесь крови в моче (1-2 эпизода). Гематурия была незначительная, без сгустков крови. Средний возраст составил 33 года (21 - 63 года). Длительность заболевания от 1 года до 3 лет. Обострения цистита возникали после переохлаждения, стрессов. Всем женщинам проводили общий анализ мочи, бактериальный посев мочи на флору и чувствительность к ан-

тибиотикам, цитологическое исследование мочи на атипичные клетки, коагулограмму. При отсутствии лейкоцитурии и стерильном посеве мочи проводили дополнительное обследование – урогенитальный мазок (уретра, влагалище, цервикальный канал), ПЦР, ИФА с определением IgG и IgM к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа, ЦМВ. 12 пациентам выполнялась цистоскопия и МСКТ брюшинного пространства.

Результаты и их обсуждение. Онкологической патологии у них не было, при поступлении в течение 2-3 суток больные не принимали антикоагулянты и иммуносупрессивные средства. Традиционная антибактериальная терапия оказалась без- или малоэффективной. Дополнительно у

19 больных женщин находили хроническую герпесвирусную инфекцию. Проводили симптоматическую, противовирусную терапию валацикловром и ацикловмом. Дизурические явления и гематурия купированы.

Заключение. Больные с геморрагическим циститом требуют тщательного обследо-

вания. При отсутствии лейкоцитурии и наличии стерильной мочи следует искать вирусную этиологию заболевания. При наличии подтверждения данной этиологии геморрагического цистита оправдана противовирусная и иммуностимулирующая терапия.

Кодири Т.Р., Сайдуллаев Л.С., Аминов А.А., Назаркулов Ш.Х.

МИКРОТВЕРДОСТЬ ПОЧЕЧНЫХ КОНКРЕМЕНТОВ

Кафедра урологии и андрологии ГОУ «ИПОвСЗРТ»

Цель исследования. Исследовать камни почек у жителей Таджикистана, удаленных оперативным путем.

Материал и методы исследования. Материалом послужили камни: ураты (66 шт), оксалаты (73 шт), фосфаты (52 шт) и смешанного состава (42 шт). Микротвердость камней определяли при помощи микротвердометра ПМТ-3. Расчеты производили по известным формулам механики и физики твердого тела. Использован критерий согласия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Одним из показателей для решения вопроса разрушения камня является твердость материала или его контактная прочность. Учитывая слоистость строения мочевых конкрементов, микротвердость определялась в области ядра камня и по слоям. При этом в оксалатах не всегда удается выделить все слои четко из-за отсутствия разграниченно видимых правильных слоев. Нами установлено, что микротвердость уратов колеблется в пределах 0-121 МПа и носит постоянный характер по слоям. Это объясняется тем, что слои, слагаемые камень, в основном представлены плотным и более однородным материалом, рыхлые прослойки встречаются лишь изредка. Фосфаты имеют меньшую микротвердость по слоям, хотя диапазон изменений значений такой же, как и у уратов. Они характеризуются большим разбросом: если в основном показатели колеблются в

пределах 54 -72 МПа, то в отдельных случаях, наряду с высокими (Н до 164 МПа), встречаются прослойки микротвердостью 4,42 – 5,94 МПа. Оксалаты являются самыми твердыми из мочевых камней, изменения микротвердости также достигают значительной величины: от 33 до 257 МПа, что характеризует пестроту химического состава камней. Камни смешанного состава представляют собой сложную картину в отношении микротвердости, трудно характеризовать средние цифры (5-250 МПа). Ураты и фосфаты имеют почти одинаковую твердость, а оксалаты являются наиболее прочными. При уратах происходит плавное изменение значений микротвердости, уменьшающихся от ядра к периферии. Хаотический характер изменений микротвердости отмечается у фосфатов, когда более твердые слои сменяются рыхлыми без какой-либо последовательности. В этих двух типах камней ядро имеет более высокую микротвердость, по сравнению со слоями отмечается уменьшение микротвердости у поверхности камня. У оксалатов ядро менее твердое, чем слои и наблюдается тенденция уменьшения микротвердости от внутреннего слоя к периферии.

Заключение. Микротвердость мочевых камней значительно колеблется в зависимости от типа камней, а также соответственно слоям камня, отражая неоднородную структуру конкрементов.

Қодири Т.Р., Назаркулов Ш.Х., Аминов А.А., Бозоров К.А.

БЕЗУРЁТИИ МАРД ВА ПРОСТАТИТИ МУЗМИН

Кафедра урологии и андрологии ГОУ «ИПОвСЗРТ»

Муқаддима. Сабаби безурётии мардон равандҳои сершумори эътилолии бадани инсон мебошанд, ки ба тағйироти манӣ мeorанд. Мо мақсад гузоштем, ки вобастагии безурётӣ ва бемориҳои илтиҳобии ғадуди пеш ҷойро муайян намоем.

Мавод. Мо 76 бемори синнашон аз 22 то 48 соларо назорат намудем, ки ба сабаби безурётии мард мурочиат намуда, ҳангоми муоина дар онҳо простатити ташхис гардидааст. Мувофиқи натиҷагирии ин шакли ихроҷӣ-илтиҳобии безурётӣ сосан дар марҳилаи фаъол насловари мардон ба назар мерасад. Беморони синни 25-36 сола 78 ғисади шумораи умумиро ташкил доданд. Ҳамагӣ 13 ғисад беморон дар синни то 25 солава 10 ғисад дар синни аз 36 сола боло буданд.

Натиҷаҳо ва муҳокима. Давомияти безурётӣ аз 2 то 15 сол тӯл кашидааст. Издивоҷи бесамар аз 2 то 5 сол дар 53 ғисад мардони безурёт, аз 5 то 10 сол дар 29,2 ғисад вазиёда аз 10 сол дар 17,8 ғисад давом дошт. Занҳои 26 ғисади мардони назорат шуда низ дучори бемориҳои илтиҳобии аъзои ҷинсӣ буданд. Муоинаву тафтишоти ҳаматарафа мавҷудияти простатити музминро дар 57 ғисади беморон, уретропростатити музминро дар 43 ғисади мардони безурёт дақиқ намуд. Дар айниҳол дар ин мардон касалиҳои эпидидимити музмин (5), холесистити музмин (3) ва пиелонефрити музмин (2) ошкор намуд. Микроскопияи таращшӯхоти

простата тағйироти сахти эътилолиро дар 73 ғисад беморон муайян намуд. Дар боқимондагон аломати асосӣ паст рафтани шумораи донаҳои леситинӣ буд, ки костагии кори простатаро инъикос менамояд. Дар аксари мардон (91,5 %) ташхиси безурётӣ ботағйироти спермограмма асоснокшудааст. Он калавишҳои аз эътидол беруни гуногунро ошкор сохт: дараҷаи мании камнутфа (олигозоо-спермия) дар 31 ғисади беморон, мании камкувват (астенозооспермия) дар 28,7 ғисад, мании беҳаракат (акиноспермия) дар 10 ғисад ва мании камнутфаи беҳаракат (олигоакинозооспермия) дар 17,3 ғисади онҳо буд. Дараҷаи тератоспермия (мании нутфаҳои ноқис дошта) дар 50,1 ғисади мардони безурёт муайян шуд. Ба ҳамаи беморон якҷанд курсҳои бетанаффуси табобати маъмули муштарак боназардошти хусусиятҳои фардии организми бемор ва раванди простатити гузаронидашуд. Натиҷаи дилхоҳи мусбати пурра дар 21 ғисади беморон ба даст омада, дар 37,8 ғисади онҳо хеле беҳтарӣ муайян гашт. Дар 10 ғисади беморон натиҷаи муолиҷа бетағйир ва дар 31,1 ғисади онҳо камтаъсир буд.

Хулоса. Ба ҳамин тариқ, ҳангоми безурётии мардон барои муайян намудани мавҷудияти раванди илтиҳобии ғадуди пешҷой ва узвҳои ҷинсии беруна ҳатман бояд тадқиқ гузаронид, ки ин барои дақиқ намудани ташхис ва дарёфти роҳи беҳтарини табобат имконият медиҳад.

Сайдуллаев А.С., Кодири Т.Р., Рахимов У.Ю., Исмаилов А.А.

ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПРОСТАТЫ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра урологии и андрологии ГОУ «ИПОВСЗРТ»

Цель исследования. Изучить кровообращение в простате с помощью импульсной и энергетической доплерографии.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 42 мужчин с ДГПЖ в возрасте 58-70 лет, которым производилась чреспузырная аденомэктомия. Во время операции проводили гемостаз ложа удаленных аденоматозных узлов ушиванием хирургической капсулы, наложением провизорных швов на сосуды, питающих

простату, и установлением раздутого баллончика катетера Фоли. Оценку доплерографических характеристик проводили по степени васкуляризации аденоматозных узлов и долей простаты путем использования энергетической доплерографии (ЭД), по скорости кровотока (СК) в простате и индексу резистентности (ИР) с помощью импульсной доплерографии.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученного материала показывает, что

предстательная железа у больных ДГПЖ кровоснабжается разнообразно. У 7 больных (16,7%) СК в сосудах предстательной железы была ускорена до 25-35 см/сек при нормальной скорости 8-13 см/сек. ИР равнялся 0,7-0,9 (при норме 0,54 – 0,6). ЭД также указывала на усиление сосудистого рисунка с увеличением количества сосудов до 5-7 (норма 2-4) и калибра сосудов в парауретральной зоне и долях простаты. В противоположность этому, у 30 больных (71,5 %) васкуляризация парауретральной зоны, капсулы, боковых долей гиперплазированной железы была снижена до 1-2 сосудов, а СК не превышала 15 см/сек, т.е. была незначительно повышена. В то же

время у больных этой группы в центральной доле простаты была картина гиперваскуляризации и ускорения кровотока. У 9 больных (21,4 %) сосудистый рисунок простаты был бедным и выявлялись 1-2 сосуда (гиповаскуляризация), одновременно СК в артериях достигала 10-15 см/сек, а ИР был в пределах нормы.

Заключение. Характерные особенности кровообращения и сосудистого рисунка ткани и капсулы предстательной железы у больных ДГПЖ могут быть использованы для улучшения способов адекватной остановки интраоперационного кровотечения после вылущивания аденоматозных узлов.

Исмаилов А.А., Кодири Т.Р., Рахимов У.Ю., Мирзоходжаев Ш.Ш.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ДГПЖ ДО- И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ТУР

Кафедра урологии и андрологии ГОУ «ИПОвСЗРТ»

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с ДГПЖ при ТУР путем профилактики ИВО.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 52 больных с ДГПЖ, у которых была взята моча на микрофлору. В первой подгруппе А (23 больных) профилактику не проводили. Во второй подгруппе В (29 больных) проводили профилактику ИВО препаратом «Фурамаг», с профилактической целью назначали в капсулах по 50 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней до ТУР и в течение 10 дней после. У всех больных до операции ТУР ПЖ и после неё оценивали динамику результатов бактериологического исследования мочи.

Результаты и их обсуждение. По данным микробиологического исследования мочи у больных с ДГПЖ в подгруппе А при поступлении у 15 из 23 больных моча была стерильна, у 8 больных обнаружены штам-

мы различных возбудителей урологической инфекции (у 3 Staphylococcus epidermitis, у 3 - Pseudomonasa eruginosa, у 2 - Klebsiella). После ТУР ПЖ в данной группе у 9 больных в моче микрофлора не высевалась, а у 14 обнаружены патогенные микроорганизмы (у 8 - Pseudomonaseruginosa, у 2 – Enterococcus spp., у 2 - Proteus mirabilis и у 2 – микробная ассоциация). В подгруппе В, где проводилась профилактика ИВО, при поступлении у 22 больных с ДГПЖ микрофлора не высевалась, у 7 пациентов была выделена патогенная флора (у 5 - Staphylococcus epidermitis и у 2 – Enterococcusf aecalis). После операции ТУР ПЖ у 11 больных обнаружены возбудители, у 18 больных микрофлора не обнаружена.

Заключение. Использование препарата «Фурамаг» для профилактики ИВО у больных с ДГПЖ при ТУР простаты позволяет снизить частоту развития ИВО и сокращает сроки пребывания больных в стационаре.