



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ
ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»



ИЛМИ ТИБ ДАР АСРИ XXI – НАЗАР БА ОЯНДА
МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА XXI ВЕКА – ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ
MEDICAL SCIENCE OF THE XXI CENTURY –
LOOKING TOWARDS THE FUTURE



Материалы международной научно-практической
конференции (67-ой годичной), посвященной 80-летию
ТГМУ им. Абуали ибни Сино и «Годам развития села,
туризма и народных ремёсел (2019-2021)»



ТОМ – I

29 ноября 2019
Душанбе (Dushanbe)



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



**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

ИЛМИ ТИБ ДАР АСРИ XXI – НАЗАР БА ОЯНДА

МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА XXI ВЕКА – ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ

**MEDICAL SCIENCE OF THE XXI CENTURY – LOOKING TOWARDS
THE FUTURE**

Материалы международной научно-практической
конференции (67-ой годичной), посвященной 80-летию
ТГМУ им. Абуали ибни Сино и «Годам развития села,
туризма и народных ремёсел (2019-2021)»

ТОМ – I

29 ноября 2019
Душанбе (Dushanbe)

**Организационный комитет международной научно-практической конференции
ТГМУ им. Абуали ибни Сино (67-ой годичной)**

Олимзода Н.Х.	председатель оргкомитета, министр здравоохранения и социальной защиты населения РТ, д.м.н.
Гулзода М.К.	зам. председателя оргкомитета, ректор ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
Юсуфи С.Дж.	зам. председателя оргкомитета, проректор по науке и издательской работе ТГМУ им. Абуали ибни Сино, академик АМН МЗ и СЗН РТ, д.фарм.н., профессор
Раджабзода С.Р.	начальник управления медицинского и фармацевтического образования, кадровой политики и науки МЗ и СЗН РТ, д.м.н., профессор
Ибодов С.Т.	проректор по учебной работе ТГМУ им. Абуали ибни Сино, д.м.н., профессор
Кобилев К.К.	проректор по лечебной работе ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н.
Курбонбекова П.К.	проректор по идейно-воспитательной работе ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент
Хокиров Т.З.	проректор по хозяйственно-административной части ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н.
Усманова Г.М.	начальника отдел науки и инноваций, д.м.н.
Додхоев Д.С.	начальник международного отдела, д.м.н.
Носиров К.Н.	начальник отдела анализа, контроля и связей с общественностью, к.м.н.
Бабаева Л.А.	ученый секретарь ТГМУ им. Абуали ибни Сино, к.м.н., доцент
Холматов П.К.	ст. научный сотрудник отдела науки и инноваций, к.м.н., доцент
Салимов Дж.С.	ст. научный сотрудник отдела науки и инноваций, к.м.н.
Мавлонова С.Н.	специалист первой категории по ВОИР отдела науки и инноваций
Кахарова М.Ю.	делопроизводитель отдела науки и инноваций
Рузибойзода К.Р.	начальник отдела подготовки научных кадров, к.м.н., доцент
Исматуллаева С.С.	ст. научный сотрудник отдела подготовки научных кадров, к.м.н.
Али-Заде С.Г.	ст. научный сотрудник отдела подготовки научных кадров, к.м.н.
Джалилзода С.С.	ст. научный сотрудник отдела подготовки научных кадров, к.м.н.
Нарзиева Ф.А.	младший научный сотрудник отдела подготовки научных кадров
Субхонова Г.С.	младший научный сотрудник отдела подготовки научных кадров
Ворисов А.А.	ведущий специалист отдела анализа, контроля и связи с общественностью, к.м.н.
Ходжаева Н.М.	декан медицинского факультета, д.м.н.
Табаров М.С.	декан педиатрического факультета, д.м.н.
Каландарзода Ё.К.	декан стоматологического факультета, к.б.н.
Юлдашева У.П.	декан фармацевтического факультета, к.ф.н.
Саидзода Б.И.	декан факультета общественного здравоохранения, к.м.н.
Махмудов Х.Р.	председатель молодежного научного общества, к.м.н.
Хайруллаева С.Э.	заведующая научной библиотекой
Файзов Э.М.	начальника отдела культуры и воспитания
Азизов Дж.Н.	директор центра информационных технологий
Баротов А.К.	ответственный редактор журнала «Вестник Авиценны», к.м.н., доцент
Юлдошев У.Р.	заведующий кафедрой русского языка, д.ф.н., профессор
Мухаммадиева З.А.	заведующая кафедрой английского языка, к.п.н.
Юсупов А.И.	директор центра перевода отраслевой литературы и научной терминологии, к.ф.н.
Раджабов Г.О.	директор образовательного научно-производственного центра «Фармация», к.б.н.
Назриев Н.Х.	начальник типографии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ, ГОСТИ!

Прежде всего, разрешите от имени администрации ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» поздравить всех сотрудников, выпускников и студентов с 80-летним юбилеем нашей Alma Mater!

80-летие Университета небольшой возраст, но за эти года свершилось много событий в истории нашей страны. Первый набор 1939 года почти в полном составе отправился на фронты Великой Отечественной Войны. Только четверо закончили институт в 1943.

Из первых выпускников вышли профессора З.П. Ходжаев, С.Х. Хакимова, Я.А. Рахимов, К.Т. Таджиев, которые в дальнейшем определили ход развития нашего вуза и таджикской медицины. Профессора З.П. Ходжаев, Я.А. Рахимов и К.Т. Таджиев возглавляли Таджикский государственный медицинский институт в различные годы.

Первое десятилетие наш вуз, тогда Сталинабадский медицинский институт, проходил период становления. В это время формировались коллективы новых кафедр. Второе десятилетие было отмечено открытием новых клиник, формированием клинических баз и углублённой подготовкой специалистов на последипломном уровне. Начиная с 60-х годов XX столетия, и вплоть до развала СССР, в 1991 году в Таджикском государственном медицинском институте наблюдался резкий рост научно-исследовательской деятельности. В эти годы, в стенах ТГМИ им. Абуали ибн Сино были сформированы научные школы по хирургии (З.П. Ходжаев, К.Т. Таджиев), сердечно-сосудистой хирургии (К.Т. Таджиев, Н.У. Усманов), нейрохирургии (З.П. Ходжаев), гастроэнтерологии (Х.Х. Мансуров), неврологии (А.М. Пулатов), психиатрии (М.Г. Гулямов), акушерству и гинекологии (С.Х. Хакимова), детской хирургии (А.Т. Пулатов), ЛОР (Ю.Б. Исхаки). Из этих научных школ и кафедр выделились НИИ гастроэнтерологии, НИИ акушерства и гинекологии, Научно-практические центры, а из факультета усовершенствования врачей образовался Таджикский институт последипломной подготовки кадров в сфере здравоохранения РТ. Остепенённость вуза достигла 53,5%, в институте работало 362 кандидатов наук и 51 докторов наук. Это позволило медицинскому институту поменять статус до университета.

События 1992-1997 года в Таджикистане привели к упадку во всех сферах экономического развития страны, в том числе и медицины с медицинским образованием. Произошёл отток высококвалифицированных кадров в Российскую Федерацию, в Европейский Союз (прежде всего, в ФРГ), в Израиль и Северную Америку (прежде всего, в США). Уезжали не только русскоязычное население, но и национальные кадры. В то время, когда во всём мире бурно развивалась медицинская наука, медицинское образование и медицина, в Таджикистане прилагались усилия для сохранения того потенциала, который остался. И только, начиная с начала XXI века, постепенно началось поступательное развитие медицинской науки, медицинских технологий и медицинского образования.

Чтобы ликвидировать отставание в области медицинского образования и медицинской науки Постановлением Правительства Республики Таджикистан за № 446 от 3 октября 2006 года была принята Программа развития Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино на 2006-2015 годы. Данная программа, содержащая конкретный план из 25 мероприятий, к данному моменту реализована практически полностью за исключением двух глобальных пунктов, которые решает нынешняя администрация университета. Это вопросы, связанные с открытием военно-медицинского факультета и строительством университетской клиники.

Самое важное, что учебный процесс претерпел изменения, и на сегодня используются самые современные инструменты преподавания и оценки. Организован самый крупный в Таджикистане Центр по обучению практическим навыкам. Образование полностью переведено на кредитную систему обучения на всех факультетах. На данный момент продолжается автоматизация механизмов оценки и качества образования. За период Государственной Независимости РТ медицинский университет сумел подготовить более 25431 медицинских кадров, что намного больше, чем было подготовлено за весь Советский период развития университета (17463).

Положительная динамика коснулась и развития медицинской науки в стенах ТГМУ им. Абуали ибни Сино. В университете были учреждены два научно-практических медицинских

журналов «Вестник Авиценны» («Паёми Сино») в 1999 году и «Авчи Зухал» на таджикском языке в 2010 году. Первый журнал индексируется РИНЦ и входит в список рекомендуемых журналов ВАК МОН РФ, второй журнал входит в список рекомендуемых журналов ВАК при Президенте РТ.

Количество защищённых работ на соискание ученой степени кандидатов наук достигло 1340, а на соискание ученой степени доктора наук – 220 работ. Была восстановлена Центральная научно-исследовательская лаборатория, которая в настоящий момент продолжает расширяться и внедрять новейшие технологии диагностики. В 2009 году первая на просторах Центральной Азии лаборатория стволовых клеток была открыта в Таджикском государственном медицинском университете им. Абуали ибни Сино. Сегодня благодаря данной лаборатории проводится имплементация клеточной терапии. Именно большой научно-практический вклад сотрудников университета позволил внедрить трансплантационные и другие инновационные технологии в медицину Таджикистана.

Несмотря на ограниченность ресурсов Таджикистана, Правительство страны, и лично Президент максимально придают огромное значение как развитию медицинского образования, так и всей медицины в целом. Вкладываются большие средства как на реорганизацию старых клиник, так и на образование новых медицинских центров, оборудованных по последнему слову техники. Благодаря Решению Лидера нации в Таджикистане в 2016 году был учреждён Хатлонский государственный медицинский университет. В 2017 году Президент страны установил в основание нового главного корпуса ТГМУ им. Абуали ибни Сино первый камень и поддержал строительство кампуса университета.

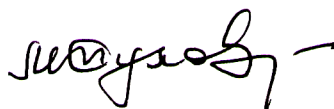
В таком Status Quo Таджикский государственный медицинский университет встречает своё 80-летие. Весь коллектив университета является свидетелем изменений нашей Alma Mater. Очень много, чего было сделано, реформировано, учреждено. Но предстоит сделать ещё больше. Университет – это живой организм, который должен непрерывно развиваться, совершенствоваться. То, что мы на правильном пути подтверждают наши выпускники, которые демонстрируют устойчивую конкурентоспособность на внешних рынках труда. В настоящий момент новое поколение выпускников ТГМУ им. Абуали ибни Сино продолжают своё образование или уже трудятся в таких странах как РФ, Казахстан, Кыргызстан, Узбекистан, Индия, ФРГ, США, Йемен, ОАЭ и др.

Для того, чтобы наш Университет оставался и дальше в нужном векторе развития, необходимы площадки для обмена информацией как научно-практической, так и педагогической. В этом плане наиболее подходящими площадками являются университетские научно-практические конференции с участием большого количества как потенциальных заказчиков (руководители медицинских центров, клиник, подразделений больниц и т.д.), так и иностранных участников из различных стран мира. Подобный симбиоз позволяет формировать требования и оставаться в тренде развития медицинского образования. Так и данная LXVII международная научно-практическая конференция «Медицинская наука XXI века – взгляд в будущее» является удобной площадкой для научного, практического и педагогического обмена. С каждым годом растёт число иностранных участников наших конференций.

Так на нынешнюю конференцию поступило для публикации 880 работ, из них 280 из-за рубежа.

В заключение хочу всем участникам конференции и торжеств, посвящённых 80-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино пожелать крепкого здоровья, творческих успехов и новых открытий на профессиональном поприще!

Ректор
д.м.н., профессор



М.К. Гулзода

ИСТОРИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И ВКЛАД ПЕДИАТРОВ В ЁЕ РАЗВИТИЕ

Бабаева Л.А.

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Путь развития и утверждения педиатрии, как самостоятельной дисциплины, был сложным и длительным. Первый в истории труд «О природе ребенка» был написан родоначальником медицины Гиппократом в IV веке до нашей эры, который доказывал необходимость выделения педиатрии в особую дисциплину, были даны описания некоторых особенностей детского организма и обсуждались вопросы вскармливания, гигиены, клинических проявлений ряда заболеваний у детей и их лечения. В последующем о детях, об уходе за ними и их воспитании напишут Цельс, Соран, Гален (I, II век). Ребенок долгое время рассматривался, как уменьшенная копия взрослого человека, отсутствовали обоснованные правила ухода за детьми. Лечение детей проводилось по тем же принципам, что и взрослых. Заболеваемость и смертность детей, особенно в раннем возрасте, на протяжении многих веков были очень высокими. В XVI, XVII, XVIII веках пробуждается интерес к ребенку, к функциональным особенностям развития детского организма, стали описываться болезни, присущие только детскому возрасту. В 1650 году появился научный труд английского врача Глиссона о рахите, вслед за ним английский врач Эдуард Дженнер посвятил свою работу детским инфекционным заболеваниям. В 1764 году шведским врачом Розен фон Розенштейн впервые было написано руководство по педиатрии. Педиатрия как самостоятельная дисциплина начала формироваться лишь в первой половине XIX столетия. Датой ее рождения считают 1802 г., когда в Париже была открыта первая детская больница, ставшая на долгие годы центром подготовки педиатрических кадров для всей Европы. Несколько позже возникает немецкая школа педиатрии. Во второй половине XIX века также начинают функционировать научные и клинические центры педиатрии в Англии, Швейцарии, Италии, Скандинавских странах и США.

Развитию педиатрической службы в Таджикистане способствовала целая плеяда педиатров – педагогов ТГМУ имени Абуали ибни Сино, внесших неоценимый вклад в её развитие.

Основатель школы педиатров в Таджикистане - профессор Семён Яковлевич Шаферштейн, который в 1941-1942 учебном году возглавил кафедру детских болезней в ТГМИ имени Абуали ибни Сино. Им было опубликовано более 100 научных работ, посвященных изучению малярии, ревматизма, дистрофий и анемий, авитаминозов и хронических расстройств питания.

Профессор Широков Сергей Филатович заведовал кафедрой детских болезней с 1945 по 1953 гг. Кандидатская диссертация Широкова С.Ф. была посвящена прогнозу и последствиям эпидемического цереброспинального менингита у детей. Докторская диссертация, которую профессор Широков С.Ф. успешно защитил в 1947 году, посвящена клиническим особенностям комбинированных форм малярии у детей.

Весомый вклад в развитие педиатрии внёс заслуженный деятель науки Таджикистана, профессор Вайль Виталий Самуилович, который с 1953 по 1962 гг заведовал кафедрой детских болезней. По инициативе профессора В.С. Вайль была построена ДКБ №2 (г. Душанбе), которая стала новой базой для создающегося впервые педиатрического факультета. По инициативе профессора В.С. Вайль впервые в республике в 1954 году была введена субординатура по педиатрии и клиническая ординатура, что способствовало развитию кадрового потенциала в деле улучшения медицинской помощи детскому населению.

Новой вехой в истории развития педиатрической службы в Таджикистане послужило создание в 1958 году педиатрического факультета. На факультете было сформировано 5 кафедр педиатрического профиля: кафедра пропедевтики детских болезней, факультетской и госпитальной педиатрии, детских инфекционных болезней и детской хирургии.

Заслуженный врач ТаджССР, отличник здравоохранения СССР, к.м.н., доцент Левина Галина Ефимовна (1959 – 1969) - первая заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней. В 1953 году Г.Е. Левина защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Коматозная малярия у детей». Эта была первая научная работа, которая была защищена в ТГМИ им. Абуали ибни Сино по педиатрии. Г.Е. Левиной было опубликовано более 50 научных работ, посвященных актуальным вопросам педиатрии. Под её руководством было защищено 6 кандидатских диссертаций.

Доктор медицинских наук, профессор Кабулова Софья Мирзоташевна – заведовала кафедрой пропедевтики детских болезней с 1969 по 1974гг. С 1974г по 2002 г – заведующая кафедрой госпитальной педиатрии, к которой в 1995 г была присоединена кафедра детских болезней лечебного факультета. Автор 217 научных работ, в том числе 14 учебно-методических рекомендаций, 7 учебно-методических пособий, 6 рационализаторских предложений и 25 патентов на изобретения. Тема кандидатской диссертации Кабуловой С.М. была посвящена особенностям течения гломерулонефрита у детей раннего возраста в условиях сухого и жаркого климата Таджикистана (1968г), докторская диссертация (1981) - особенностям стафилококковых заболеваний у детей раннего возраста. С 1984 года – председатель общества детских врачей Таджикистана, член редакционного совета журнала «Здравоохранение Таджикистана» и «Педиатрия». Подготовила 6 кандидатов медицинских наук.

Доктор медицинских наук, профессор Надеждина Екатерина Александровна – заведующая кафедрой факультетской педиатрии с 1968 по 1973гг (с 1969 г – госпитальная педиатрия). Надеждина Е.В. подняла учебно-воспитательный процесс на должный уровень. На базе РКБ №3 при участии Надеждиной Е.В. были организованы - специализированное детское кардиоревматологическое и гематологическое отделения, а также детская ревматологическая и иммунологическая лаборатории. Автор 3 монографий. Подготовила 9 кандидатов медицинских наук. Надеждина Е.А. дала старт экспедициям на Памир, где изучались такие вопросы как ревматизм, хронический тонзиллит, сосудистые дистонии, свертывающая система крови у здоровых детей в условиях высокогорья.

В 1973 г на базе факультетской педиатрии формируется кафедра педиатрии для студентов 5-6 курсов педиатрического факультета, впоследствии – кафедра педиатрии для субординаторов (далее кафедра детских болезней №2). С 1974 по 2004гг заведует кафедрой отличник здравоохранения СССР, заслуженный работник РТ, доктор медицинских наук, профессор Миракилова Аза Мирсабитовна. Под её руководством в течение ряда лет изучались вопросы этиологии, патогенеза, клиники и лечения анемического состояния у детей в условиях низких и высокогорных регионов республики. Установлены нормативные показатели периферической крови у здоровых детей, определены критерии анемии в детском возрасте для региона нашей республики в зависимости от возраста. Автор более 140 научных работ. Миракилова А.М. подготовила 9 кандидатов и 1 доктора наук. По инициативе Миракиловой А.М. впервые были выделены группы субординаторов – неонатологов. В 1981 г были созданы курсы повышения квалификации для врачей педиатров Республики, руководителем которых являлась к.м.н., доцент Умарова Р.М. (далее кафедра детских болезней ТИППМК МЗ РТ).

Доктор медицинских наук, профессор Якубова Мунира Мухсиновна с 1963 по 1984 гг – заведующая кафедрой детских болезней лечебного факультета. Кандидат наук с 1966 года. Докторская диссертация (1972) посвящена вопросам этиологии, патогенеза, диагностики гломерулонефрита у детей в Таджикистане. Автор более 130 научных работ и 5 монографий. Председатель республиканского научного общества педиатров, член редколлегии журналов «Педиатрия», «Здравоохранение Таджикистана» и тележурнала «Здравоохранение», член Всесоюзного научного Комитета стран Азии и Африки, награждена многими медалями. Ею подготовлено 9 кандидатов наук. Исследовательская работа кафедры была посвящена фундаментальным проблемам детской нефрологии. Якубова М.М. была активным организатором детской службы, являлась главным врачом ДКБ №2 (1958-1963). По её инициативе на базе ДКБ №2 было открыто специализированное детское нефрологическое отделение.

Доктор медицинских наук, профессор Красногорский Николай Николаевич с 1974 по 1977 гг заведовал кафедрой пропедевтики детских болезней. В годы своей деятельности он продолжал улучшать учебную и научно – исследовательскую работу кафедры.

Кандидат медицинских наук., доцент Сангинова Александра Ивановна с 1977 по 1983 гг заведовала кафедрой пропедевтики детских болезней. Коллективом кафедры были подготовлены и изданы методические пособия и рекомендации для студентов 3 курса педиатрического факультета. Кафедра курировала 3 поликлиники и Дом ребёнка № 2, шефско – консультативная помощь охватывала г. Ленинабад и 3 района Ленинабадской области. Научно-исследовательская работы кафедры была направлена на изучение состояния здоровья детей дошкольного возраста.

Кандидат медицинских наук, доцент, отличник здравоохранения СССР Перевозчикова Ольга Владимировна с 1984 по 1987 гг - заведующая кафедрой детских болезней лечебного факультета. Автор более 60 научных работ. НИР кафедры была посвящена проблемам детской нефрологии в Таджикистане.

Доктор медицинских наук, профессор Раупов Абдукарим Рахимович с 1987 по 1993 гг заведовал кафедрой детских болезней лечебного факультета, который продолжил свои исследования в области нефрологии детского возраста в Таджикистане, распространённости и этапному лечению дизметаболических нефропатий, ХПН у детей с калькулёзным пиелонефритом. Кандидатская (1979) и докторская (1985) диссертации были посвящены проблемам детской нефрологии. Раупов А.Р. подготовил 2 кандидатов наук. Автор более 200 научных работ, в том числе 2 монографий. Награждён знаком «Отличник здравоохранения РТ».

Кандидат медицинских наук, доцент Раупова Рахбар Икрамовна заведующая кафедрой детских болезней лечебного факультета с 1993 по 1994 гг. Кандидатскую диссертацию защитила в 1975 году на тему: «Особенности липидного обмена при пиелонефритах у детей». Автор более 85 научных работ, из них 3 методических рекомендаций. В настоящее время Раупова Р.И. – заведует кафедрой детских болезней с неонатологией Худжанского отделения Института последиplomного образования в сфере здравоохранения РТ. С 2013 года – отличник здравоохранения Таджикистана.

Кандидат медицинских наук Хайдарова Ойгуль Фазлитдиновна с 1994 по 1996 гг заведовала кафедрой детских болезней лечебного факультета. Кандидатская диссертация была посвящена особенностям иммунного статуса у здоровых и часто болеющих детей в условиях жаркого климата (1997). Автор более 70 научных работ.

Доктор медицинских наук, профессор Умарова Зарифа Касымовна с 1989 по 2009гг - заведующая кафедрой поликлинической педиатрии. Умаровой З.К. был разработан ряд предложений по совершенствованию медицинского обслуживания в детской поликлинике, снижению детской заболеваемости и смертности, медицинским отводам при проведении профилактических прививок, которые были использованы в приказе Минздрава РТ № 484. Разработаны схемы диспансеризации и реабилитации детей группы риска по всем нозологическим единицам, которые были внедрены в базовых учреждениях, поликлиниках города, в амбулаториях села и ФАП. Отличник здравоохранения ТаджССР (1978), автор более 190 научных работ, в том числе 17 учебно-методических пособий и рекомендаций, 4 рационализаторских предложений и 1 учебника. Под её руководством были защищены 5 кандидатских диссертаций. Награждена медалью «Ветеран труда» (1982) и грамотами Министерства здравоохранения РТ и ТГМУ.

Доктор медицинских наук, профессор Вялушкин Борис Яковлевич с 1983 по 1998 гг заведовал кафедрой пропедевтики детских болезней. В годы его деятельности активизировалась научно-исследовательская работа. Научно – исследовательская работа кафедры была посвящена вопросам часто болеющих детей, хронических расстройств питания, бронхо - лёгочной патологии, региональных особенностей рахита у детей. По инициативе профессора Вялушкина Б.Я. в НИИ профилактической медицины МЗ РТ было основано отделение «Иммунологии». Под руководством Б.Я. Вялушкина защищено 13 кандидатских и 3 докторских диссертаций. Был издан учебник по пропедевтике детских болезней для студентов 3 курса, методические рекомендации и ряд монографий.

Доктор медицинских наук Азизов А.А. заведовал кафедрой пропедевтики детских болезней с 1998 по 2010 гг. В 2000 году успешно защитил докторскую диссертацию на тему: «Хронические гастродуодениты и язвенная болезнь у детей Таджикистана». Автор более 100 научных трудов и методических рекомендаций на русском и государственном языках, а также 4 руководства для студентов и медицинских работников, посвященным таким важным проблемам педиатрии как оценка качества жизни детей с пиелонефритом, патология дыхательной и пищеварительной систем, а также особенностям течения заболеваний мочевыделительной системы у детей. Под руководством Азизова А.А. были успешно защищены – 1 докторская и 2 кандидатские диссертации.

Отличник здравоохранения, доктор медицинских наук, профессор Якубова Зайнаб Халимовна с 2003 по 2008 гг – заведующая кафедрой детских болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. В 1973 году защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Особенности эндокринопатий у детей с нарушениями роста». В 1999 году Якубова З.Х. успешно защитила докторскую диссертацию на тему: «Сахарный диабет у детей в Таджикистане». В качестве профессора кафедры пропедевтики детских болезней работает с 2008 года по настоящее время. Профессор Якубова З.Х. в течение многих лет являлась внештатным детским эндокринологом МЗ РТ. Она является автором более 150 научных работ. Под её руководством были защищены 5 кандидатских диссертаций.

Доктор медицинских наук Аминов Хусейн Джумаевич заведовал кафедрой детских болезней №1 с 2008 по 2015 гг. В 1999 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Клинико-бактериологические параллели сепсиса у детей раннего возраста». Докторская диссертация (2006) была посвящена особенностям периода ранней адаптации новорожденных от матерей с патологией органов мочевой системы. Автор более 140 научных работ. С 2003 по 2006 гг – руководил управлением «Охраны материнства и детства» МЗ РТ. Под его руководством была защищена 1 кандидатская диссертация. Награжден знаком «Отличник здравоохранения РТ» (2006), медалью к 1025- летию со дня рождения Авиценны, грамотами АН РТ и МЗ РТ.

Доктор медицинских наук Додхоев Джамшед Саидбобоевич заведовал кафедрой детских болезней №1 с 2015 по 2017 гг. В 1999 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Особенности проницаемости эритроцитарных мембран и сорбционная способность эритроцитов у матерей и их новорожденных детей». Докторская работа (2009) посвящена вопросам задержки внутриутробного развития плода. Автор более 100 научных работ, в том числе 1 учебного пособия, 2 методических рекомендаций, а также является соавтором 10 национальных стандартов по неонатологии и 1 по ИВБДВ.

Доктор медицинских наук, профессор Исмаилов Комилджон Исроилович заведует кафедрой детских болезней №2 с 2004 г. по настоящее время. В 1987 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Состояние кардио-респираторной системы у детей с острым лейкозом и лимфогранулематозом». С 1994 года доктор наук. Исмаилов К.И. является автором более 200 научных статей и тезисов, в том числе 21 методических пособий и разработок, 3 рационализаторских предложений. Под руководством Исмаилова К.И. защищено 8 кандидатских диссертаций. Является Отличником Здравоохранения РТ (2004 г.), награждён медалью «Хизмати Шоиста» в 2012 году. На протяжении многих лет является председателем диссертационного совета по терапевтическим дисциплинам.

Кандидат медицинских наук, доцент Мамаджанова Гульнора Сидикджановна заведует кафедрой детских болезней №1 с 2017 г по настоящее время. В 1994 году защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Сократительная способность миокарда у новорожденных, родившихся от матерей с бактериальной инфекцией». Имеет более 100 научных работ, 7 методических рекомендаций, 1 методическое пособие. Входит в национальную группу экспертов по иммунизации Республики Таджикистан. Является председателем методической комиссии по педиатрии, членом центральной метод комиссии.

Кандидат медицинских наук, доцент Бабаева Лола Абдунаимовна с 2010 года по настоящее время заведует кафедрой пропедевтики детских болезней. В 1996 году защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Факторы риска и особенности течения калькулёзного пиелонефрита у детей». Автор более 180 научных работ, в том числе 1 учебника, 10 учебных пособий, 32 учебно-методических рекомендаций и 3 клинических протоколов, опубликованных на русском, таджикском и английском языках, 1 рационализаторское предложение. Под её руководством защищена 1 кандидатская диссертация и 2 работы магистров Университета Швеции, Гётербург. С 2009 года по настоящее время – учёный секретарь университета. Отличник здравоохранения и образования РТ, награждена медалью «Хизмати Шоиста» (2013).

В настоящее время педиатрия решает ряд важных и актуальных задач, среди которых можно выделить следующие:

- профилактика и предупреждение детских заболеваний и ранней инвалидности;
- выявление генеза и последствий детских заболеваний;
- эффективность диагностических мероприятий;
- качественное лечение и поэтапная реабилитация заболевшего ребёнка;
- оптимальная организация оказания медицинской помощи;
- выявление и последующее устранение социальных факторов, оказывающих негативное воздействие на здоровье ребёнка;
 - разработка и апробация новейших методов и методик лечения;
 - повышение детского иммунитета и устойчивости организма к неблагоприятным факторам окружающей среды;
 - пропаганда правильного детского питания и здорового образа жизни.

Эти и другие проблемы, которые стоят перед современной педиатрией, направлены на самую главную ценность, как отдельного родителя, так и общества в целом - **здоровье ребёнка**.

ВКЛАД УЧЁНЫХ ХИРУРГОВ ТГМУ им. АБУАЛИ ИБНИ СИНО В НАУКУ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН ЗА ПЕРИОД С 1939 ПО 2019 ГОДЫ

Назаров Ш.К., Маликов М.Х., Али-Заде С.Г., Холматов П.К.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Одной из наиболее древних отраслей медицины является хирургия, которая, как и в соседних государствах, проходила своё развитие в Таджикистане тяжело и в то же время активно, благодаря энтузиазму отечественных ученых и их последователей, посвятивших свою жизнь данной деятельности.

С 1936 года (в довоенные годы) Таджикистан делал первые шаги в научно-практической деятельности. В столицу начали прибывать врачебные кадры из коренного населения, окончившие медицинские вузы в центральных городах России и Узбекистана. В числе отечественных хирургов были Г.Ш. Таиров, К.Т. Таджиев, М.М. Мирфайзиев, К.К. Абдурахманов, З.П. Ходжаев.

Хирурги Таджикистана в суровые годы Великой отечественной войны, как и весь народ, единым фронтом встали на защиту родины. Работая в эвакуационных госпиталях, развёрнутых в г. Душанбе, профессор Рейнберг Г.А. впервые предложил принципы наложения вторичного шва на рану после заживления раны. Профессор Васблат С.Н. с большим энтузиазмом проводил лечение челюстно-лицевых повреждений.

В 1941 году при становлении кафедры факультетской хирургии под руководством профессора Л.А. Баринштейна проводилась учебная и лечебная работа. Направлением школы являлось изучение часто встречающихся хирургических заболеваний среди местного населения.

В период с 1945 по 1964 годы, заведую кафедрой факультетской хирургии, профессор Гаджиев Х.Дж. расширил объём научной и лечебной работы. Сотрудниками кафедры в этот период являлись: И.Я. Макшанов, Ф.М. Мирсалимов., Ф.Б. Маргулис, В.П. Ким, В.К. Хамидов, В.П. Тян, Л.В. Макшанов, Г.Д. Козлова, Г.Ш. Таиров, Л.Н. Рассолов, М.С. Сеит-Умеров, - которые работали над вопросами диагностики и лечения уролитиаза и эндемического зоба.

В 1964 году З.П. Ходжаевым была внедрена нейрохирургическая служба. Начаты первые шаги по выполнению более сложных операций в нейрохирургии, таких как удаление нейроэктодермальных опухолей задней черепной ямки. В последующем исследования были направлены на диагностику и лечение закрытых черепно-мозговых травм.

С 1967 по 1985 годы кафедрой факультетской хирургии заведовал профессор Ю.И. Датхаев. Сфера деятельности кафедры была направлена на разработку методов диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. За это время было подготовлено 9 кандидатов медицинских наук. Кафедрой проводились активные методы детоксикации, лимфосорбции, гемосорбции в неотложной хирургии органов брюшной полости, внедрены эндоскопические технологии. Также проводились исследования в области диагностики и лечения острого холецистита и острой кишечной непроходимости у лиц пожилого и старческого возрастов. Кроме того, изучалась проблема лечения острой кишечной непроходимости, осложненной почечной недостаточностью.

Большой вклад в развитие отечественной хирургии внёс академик АН Республики Таджикистан, профессор Усманов Негматулло Усманович, который на протяжении более 40 лет (1970-2010 гг.) возглавлял кафедру госпитальной хирургии. Данный период отличается формированием специализированного многопрофильного хирургического стационара с большим диапазоном научно-исследовательской и клинической деятельности. Кафедра и ее клиническая база - Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии - превратились в один из признанных центров хирургии не только в Республике Таджикистан, но и за ее пределами. В течение около 40 лет кафедра занималась проблемой хирургии легких и органов средостения. В клиническую практику внедрены передовые методы диагностики, консервативного и хирургического лечения заболеваний легких и плевры, в частности, при острых инфекционных деструкциях и эхинококкозе легких. Большой актуальной проблемой на протяжении ряда лет считалась хирургия послеожоговых сужений пищевода. В реконструктивно-восстановительной хирургии пищевода была успешно внедрена тонкокишечная внутригрудная тотальная эзофагопластика, в том числе с микрохирургической реваascularизацией трансплантата. В хирургии ахалазии кардии успешно до сих пор применяется разработанный на кафедре способ кардиофундопликации по Н.У. Усманову. Впервые в республике на кафедре были осуществлены порто-кавальные и органые анастомозы при циррозе печени, выполнена эндоскопическая склеротерапия при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода. Начиная с 1988г. стали выполняться операции на открытом сердце с применением аппарата искусственного кровообращения (АИК), благодаря чему расширились возможности проведения сложных операций при врожденных и приобретенных пороках сердца. В 1985 году впервые в республике была создана новая хирургическая служба с внедрением микрохирургической технологии. В создании и становлении микрохирургии, реконструктивной пластической хирургии в республике велика роль профессора Артыкова К.П. Успешно внедрены в практику такие оперативные вмешательства как реплантация пальцев и сегментов конечностей, аутотрансплантация сложных реvascularизированных комплексов тканей, различные варианты восстановительных и реконструктивных вмешательств на нервных стволах конечностей, реконструктивные и восстановительные операции при врожденных аномалиях и посттравматических контрактурах кисти, конечностей, лица и туловища.

С 1985 по 1992 годы основным направлением кафедры факультетской хирургии, возглавляемой доцентом Камилловым П.А., являлось диагностика и лечение острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и их осложнений, сочетанных травм, повреждений органов брюшной полости и черепно-мозговых травм.

С 1992 по 2003 годы, в период заведования кафедрой факультетской хирургии профессором Гульмурадовым Т.Г., ведутся исследования по решению вопросов хирургической гепатологии. Продолжается изучение вопросов

хирургических осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, патологии дуоденального сосочка, терминального отдела общего желчного протока, методов эндоскопического гемостаза при язвенных кровотечениях, хирургического лечения осложнений острого панкреатита, портальной гипертензии.

С 2003 по 2016 годы под руководством д.м.н., профессора, академика АМН РТ Курбонова К.М. на кафедре были разработаны и внедрены ряд новых методов диагностики и лечения эхинококкоза печени и органов брюшной полости, осложнений язвенной болезни, острого бескаменного холецистита, индуративного панкреатита, распространенного панкреатита, рефлюкс-эзофагита, портальной гипертензии, недостаточности баугиниевой заслонки при желчнокаменной болезни. Предложены новые способы реконструктивно-восстановительных операций на органах брюшной полости, восстановительные операции у колостомированных больных, хирургическое лечение желчнокаменной болезни при хронических гепатитах, также велись работы по изучению использования реинфузии крови в неотложной абдоминальной хирургии.

С 2017 кафедрой заведует д.м.н., профессор Назаров Ш.К. В настоящее время ведутся работы по вопросам диагностики и лечения распространенного перитонита, острого панкреатита и его осложнений, абсцессов печени. Изучаются аспекты применения панкреатодуоденальной резекции при раке поджелудочной железы, полнообъемной резекции печени, видеоэндоскопических операций, мининвазивной хирургии и пункционных вмешательств на органах брюшной полости.

Следует отметить, что коллективом кафедры общей хирургии, возглавляемой в своё время профессором Кахаровым А.Н., были изучены наиболее актуальные проблемы гнойной хирургии, эхинококкоза печени с применением плазменного скальпеля, вопросы проктологии, злокачественных поражений толстой кишки, ИК спектроскопии желчи.

Профессором Юсуповой Ш.Ю. были разработаны методы диагностики и хирургического лечения осложнений сахарного диабета, диабетической стопы, также велось изучение в области хирургии щитовидной железы. При её непосредственном участии впервые в республике был создан и организован центр эндокринной хирургии.

Профессором Достиевым А.Р. и его коллективом впервые в среднеазиатском регионе начала выполняться родственная трансплантация почек, печени, красного костного мозга, благодаря чему, в настоящее время в Таджикистане функционирует Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека.

Таким образом, следует отметить, что хирургия в Таджикистане всегда следовала последним научным достижениям и продолжает своё развитие в соответствии с мировым прогрессом.

НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ УЧЁНЫХ ТГМУ им. АБУАЛИ ИБНИ СИНО В ОБЛАСТИ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

М.Ф. Додхоева

Академик АМН РТ, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки и техники
ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Кафедра была создана 17 июля 1941 года на базе родильного дома №1 г. Сталинабада.

Организатором и первым руководителем был профессор С.Б. Голубчик (1941-1945), затем кафедрой заведовали профессор А.К. Сафотёров (1945-1948 гг.) и профессор Л.Е. Гуртовой (1948-1958 гг.).

В 1958 году после защиты докторской диссертации во Всесоюзном научно-исследовательском институте охраны материнства и детства в Москве, возвращается первый доктор медицинских наук в республике С.Х. Хакимова, которая возглавляла кафедру на протяжении 22 лет (1958-1980 гг.). На базе кафедры ею была создана Проблемная научно-исследовательская лаборатория «Патология женщины, врожденные и наследственные заболевания детей», которая в дальнейшем трансформировалась в Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии. Организация Проблемной научно-исследовательской лаборатории при кафедре позволила провести детальную разработку еще одной гематологической проблемы, являвшейся белым пятном не только в акушерской науке, но и в гематологии – гемоглобинопатии у беременных. Именно эти исследования принесли профессору С.Х. Хакимовой и ее ученикам немалую известность в научном мире. Благодаря Софье Хафизовне, в Таджикистане уже в 1970 году сформировалась и громко заявила о себе научная и практическая школа акушеров-гинекологов Таджикистана, известная как «школа С.Х. Хакимовой». Популярность этой школы не только в стране, но и далеко за ее пределами была отнюдь не случайной.

Под её руководством разрабатывались вопросы патогенеза, клиники анемии у беременных, резус-конфликтной беременности, гемостаза при акушерских кровотечениях, эндокринной регуляции гиперпластических процессов в миометрии и эндометрии и др.

На кафедре и в лаборатории разрабатывали современные и довольно злободневные для практического здравоохранения проблемы, а выпускаемые научные работы отличались необычайно высоким методическим уровнем.

С.Х. Хакимовой подготовлены 9 докторов и 30 кандидатов медицинских наук, а через целевую аспирантуру в отраслевых научно-исследовательских институтах АМН СССР и Министерства здравоохранения СССР она способствовала подготовке еще 37 кандидатов медицинских наук. В 1969 г. С.Х. Хакимова избирается членом-корреспондентом Академии медицинских наук СССР - первая в Средней Азии.

После назначения проф. С.Х. Хакимовой директором НИИ охраны материнства и детства, кафедру возглавляет ее ученица - доцент, а в последующем доктор медицинских наук, профессор Л.И. Трубникова (1981-1992 гг.). Под руководством проф. Л.И. Трубниковой на кафедре разрабатываются проблемы и защищаются диссертации в области эндокринной гинекологии, опухолевых заболеваний органов репродуктивной системы, невынашивания беременности, патологии шейки матки и др.

С 1993 по 2016 годы кафедру возглавляла ещё одна ученица С.Х. Хакимовой - член-корр. АН РТ, академик АМН РТ, профессор М.Ф. Додхоева. В этот период ведутся разработки по научным темам: «Пути снижения материнской и перинатальной смертности», «Проблемы безопасного материнства в Таджикистане», «Репродуктивное здоровье и планирование семьи», «Влияние окружающей среды на организм беременной женщины и ребёнка», - результаты которых отразились в 30 кандидатских диссертациях учеников, подготовленных академиком М.Ф. Додхоевой.

Научно-исследовательские работы выполнялись в комплексе с НИИ АН Республики Таджикистан, кафедрами биохимии, эпидемиологии, инфекционных болезней, урологии ТГМУ, НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РФ, НИИ медицины труда им. Акад. Измерова РАМН, Научным Центром акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова, Агентством по ядерной и радиационной безопасности АН РТ, Университетом Людвига Максимилиана г. Мюнхен. При поддержке МАГАТЕ при кафедре создана и оснащена радиоиммунологическая лаборатория для определения онкомаркеров опухолевых заболеваний репродуктивной системы.

Научные труды сотрудников кафедры были отражены в монографиях «Гинекологическая эндокринология», «Талассемия и беременность», «Гемолитические анемии» (С.Х. Хакимова), «Беременность и роды при дефиците массы тела», «Некоторые региональные особенности плацент родильниц Таджикистана», «Современные методы профилактики, диагностики и лечения климактерических расстройств в перименопаузе» (М.Ф. Додхоева), «Патологическое акушерство» (курс лекций: М.Ф. Додхоева, У.Дж. Узакова, М.Ф. Давлатова), «Физиология родовой деятельности» (Учебно-методическое пособие: У.Дж. Узакова, Л.И. Олимова, Р.А. Абдуллоева), «Патология беременности», «Акушерство», «Особенности течения беременности, родов и перинатальных исходов в условиях изменения климата» (Д.А. Каюмова), «Изменения сердечно-сосудистой системы у женщин с низким индексом массы тела» и др.

Результаты научно-исследовательских работ сотрудников кафедры регулярно публикуются в республиканских и зарубежных журналах. По результатам НИР сотрудники кафедры выступали с докладами на международных форумах и конгрессах (Москва, Санкт-Петербург, Австралия, Дания, Тунис, Италия, Австрия, Китай и др.).

В 1957 году по решению Ученого Совета ТГМИ на базе родильного дома №2 была организована кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, и до 1971 г. возглавлял ее доцент Борис Львович Гуртовой. Научно – исследовательская работа кафедры при доценте Гуртовом была посвящена особенностям лактации у родильниц в условиях сухих субтропиков Таджикистана, которая послужила темой докторской диссертации Б.Л. Гуртового. Профессор Б.Л. Гуртовой для практического здравоохранения разработал методическое пособие по «Коррекции биохимического состава грудного молока при нормальных и патологических родах». Под его руководством были защищены 3 кандидатские диссертации.

С 1971 года по конкурсу заведующей кафедрой была избрана заслуженный деятель науки РТ, профессор Пулатова Махкам Таировна, которая в 1949 году окончила Сталинабадский Медицинский институт, аспирантуру, защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Инфицированный выкидыш». В период работы профессора М.Т. Пулатова научно – исследовательская работа кафедры была посвящена особенностям системы гемостаза при физиологической и патологической беременности. Под руководством профессора М.Т. Пулатовой защищены 5 кандидатских диссертаций. Изданы следующие монографии:

1. Лечение и профилактика инфицированного выкидыша.
2. Особенности системы гемостаза при нормальной и патологической беременности.
3. Гуморальные аспекты иммунологического процесса в раннем онтогенезе.

С 1998 по 2005 годы кафедру возглавил доктор медицинских наук профессор Абдурахманов Муин Камолович. Научное направление кафедры при профессоре Абдурахманова М.К была посвящена «Влиянию факторов внешней среды на становление и функцию репродуктивной системы». Профессор Абдурахманов М.К в экспериментальных условиях установил антропогенное влияние хлор и фосфорорганических пестицидов на становление и функционирование репродуктивной системы, влияние пестицидов на фетоплацентарный комплекс. Под руководством профессора Абдурахманова М.К защищены 7 кандидатских и 3 докторские диссертации. Изданы руководства для практического здравоохранения:

1. По профилактике влияние пестицидов на репродуктивную функцию.
2. Влияние ожирения на гестационный процесс.
3. Антиоксидантный сироп «МАЗ» и низкочастотное лазерное излучение в комплексной терапии гестоза.
4. Принципы терапии хламидийной инфекции.
5. Профилактика, лечение острых и хронических гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки с провоспалительным цитокином «Спленопид», фитоантиоксидантным сиропом «МАЗ», низкочастотным лазерным излучением на БАТ.

С 2005 года кафедрой руководит профессор Ф.М. Абдурахманова. Под руководством профессора Абдурахмановой Фирузы Муиновны были защищены восемь кандидатских диссертаций, научные исследования в которых были посвящены актуальным вопросам акушерства и гинекологии.

Позвольте своё выступление закончить высказыванием моего учителя - легендарной ученой Софьи Хафизовны Хакимовой:

«Подлинного исследователя и ученого во все века характеризовали предельная честность и чистоплотность во всем, особенно по отношению к науке, беспристрастность при интерпретации фактов, беззаветная любовь к самой науке, а не к ее лаврам. Подлинным ученым может стать только тот, кто входит в светлый храм науки с чистой совестью, чистыми помыслами и делает науку чистыми руками».

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В СТАЦИОНАРЕ

Одинаева Н. Дж.

д.м.н., профессор кафедры РНИМУ им. Н.И.Пирогова, главный педиатр МЗ МО, главный врач ГБУЗ МО
«Детский клинический многопрофильный центр Московской области»

Актуальность. Если верить сериалу «Скорая помощь», к каждому поступающему в стационар немедленно подбегают несколько специалистов, за считанные секунды устанавливающие правильный диагноз и сразу же транспортирующие больного на каталке в операционную. «Приёмное отделение» — одно из самых важных подразделений любого стационара: от него зависят показатели работы учреждения в целом. Если на «входе» возникают очереди, то больничная летальность растёт [5].

Проблемы, наиболее важные для пациента — невозможность быстрого получения необходимой помощи, отсутствие внимания и пренебрежение со стороны медиков, ухудшение состояния здоровья. Для учреждений здравоохранения плохая организация работы приёмного отделения чревата ошибками при принятии решений о госпитализации (необоснованные отказы, неверное определение профиля отделения), перегруженностью и постоянным стрессом персонала, нерациональным использованием ресурсов и, как результат, ухудшением статистических показателей и учащением жалоб в контролирующие органы. Наконец, на государственном уровне растут затраты, ухудшается общий уровень здоровья и удовлетворённость населения медицинской помощью [1].

Не имея возможности попасть к нужному специалисту в поликлинике, пациенты отправляются в стационары — вызвав бригаду скорой помощи или «самотёком» что создаёт проблему необоснованных обращений. Есть ещё одна, чрезвычайно важная причина сложившейся ситуации: согласно результатам исследований, нагрузка на приёмное отделение критически возрастает в регионах, в которых отмечают низкую доступность первичной медико-санитарной помощи. Не имея возможности попасть к нужному специалисту в поликлинике, пациенты отправляются в стационары — либо, вызвав бригаду скорой помощи, либо «самотёком», что создаёт проблему необоснованных обращений [1]. В США страховые компании начали бороться с этим явлением, отказываясь оплачивать такие случаи, однако такой подход вряд ли можно признать гуманным: нельзя перекладывать на население ответственность за организационные недостатки системы здравоохранения и перегрузку приёмных отделений.

Довольно давно реорганизацию деятельности медицинских организаций развитых странах проводят с учётом стратегий, разработанных для промышленности и успешно себя зарекомендовавших. Одна из них — концепция бережливого производства [2], была изначально сформулирована корпорацией Toyota. Суть подхода — поиск «слабых мест» в алгоритме стандартных действий, организационное и технологическое устранение выявленных проблем. Первые опыты по его внедрению идут и в нашей стране [2].

Важное направление — применение прогностических компьютерных моделей, позволяющих планировать нагрузку врачей и перераспределять потоки пациентов с учётом мощностей диагностических и лечебных подразделений, тем самым ускоряя оказание качественной медицинской помощи [30]. Среди применяемых методов — «теория очередей» [3], алгоритмы массового обслуживания (2), сценарии «что, если?..» и т. д. [4]. Хороший эффект дают также грамотная перепланировка помещений, «быстрая регистрация», электронные медицинские карты [4], стандартизация реанимационных наборов [4]. Чрезвычайно важные меры — введение мотивирующих доплат сотрудникам «за качество», а также влияние на субъективное восприятие пациентами длительности ожидания, формирование у них адекватных запросов к результатам оказываемой помощи, целенаправленные усилия по повышению оценки услуг.

Таким образом, оптимизацию деятельности приёмных отделений можно разделить на несколько направлений. Первое — приближение помощи к потребителю - принцип «врач к пациенту». Организация «диагностических» коек для госпитализации на срок до суток. Соблюдение приказа Минздрава России от 20.06.2013 №388н, регламентирующего оснащение экстренных служб реанимационным и диагностическим оборудованием (поскольку, например, результаты пульсоксиметрии позволяют быстро ответить на вопрос о необходимости госпитализации пациента с респираторными нарушениями или возможности амбулаторного лечения). Создание отделений неотложной помощи при детских поликлиниках [4], что допускает приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 №366н. Улучшение коммуникации с пациентом и сопровождающими их лицами [2].

Второе направление — рациональное использование ресурсов. Разделение потоков: при плановой госпитализации, самообращении, поступлении с бригадой скорой медицинской помощи [3]. Максимальная «концентрация оборудования» как можно ближе к поступающим пациентам. Доступность консультаций узких специалистов (в том числе с помощью телемедицинских технологий) и лабораторных исследований в режиме «24/7». Разумно спланированное функциональное объединение ЛПУ, в том числе для дистанционного консультирования и формирования выездных бригад узких специалистов. Момент постановки диагноза должен стать временем начала лечения [5].

Выводы. Зарубежный опыт и первые российские попытки оптимизации работы приёмных отделений демонстрируют, что эффективность этого подразделения можно и нужно повышать. Это изменит к лучшему не только ключевые показатели, характеризующие работу стационаров, но и всей системы здравоохранения в целом. Основными направлениями можно назвать процессный подход, рациональное использование ресурсов и применение достижений ИТ. Важно не забыть и о «человеческом факторе»: модернизация даст возможность сохранять и восстанавливать здоровье большему числу пациентов (что повысит их удовлетворённость получаемой медицинской помощью), при этом максимально бережно расходуя ресурсы клиники, в том числе такие стратегически значимые как силы и время персонала.

Список литературы:

1. Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение // Медицинские учреждения. 2018.
2. Статистический сборник 2018 год. — URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskii-sbornik-2018-god>.
3. Пивина Л.М., Алибаева Г.А., Дюсупов А.А. и др. Принципы медицинской сортировки больных на госпитальном этапе в отделениях неотложной помощи // Наука и здравоохранение. 2018. ; 20: 34-36
4. Patterson J. Stay Out of the Emergency Room — Or Else // Mo Med. 2017. Vol.114. №6. P.410. [PMID: 30228648]
5. Tam H.L., Chung S.F., Lou C.K. A review of triage accuracy and future direction // BMC Emerg. Med. 2018. Vol.18. №1. P. 58. [PMID: 30572841]

ДОНОЗОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА: ОЦЕНКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ

Шукуров Ф.А, Халимова Ф.Т.

Кафедра нормальной физиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Известно, что любая активность приводит в действие механизм стресса, который несет функцию адаптации к возникающей трудной ситуации. Действие стресса может повысить функциональный резерв организма и уровень его здоровья, а также может привести к истощению систем организма, к возникновению донозологического состояния, которое может перейти в болезнь. Два исхода действия стресса зависит от функционального резерва организма, уровня здоровья и адаптационных возможностей организма, что можно оценить по соотношению отделов автономной нервной системы [4,7]. В результате перехода от нормы к патологии, от здоровья к болезни возникают различные пограничные состояния, получившие название донозологических. С точки зрения физиологии эти функциональные состояния характеризуют уровень здоровья [2]. Прогнозирование и профилактика здоровья осуществляется методом донозологической диагностики [3, 5, 6, 8, 9]. Для мыслящего врача очень важно понять, что между здоровьем и болезнью лежит третье состояние, в котором находится более половины всех людей, живущих на Земле. Если болезни продолжаются сутки, недели, месяцы и редко дольше, то третье состояние сохраняется годы, десятилетия и даже жизнь. Находясь в третьем состоянии, человек располагает примерно половиной психофизиологических возможностей, заложенных природой и, вероятно, в ряде случаев ему не суждено главное в своей жизни. В третьем состоянии лежат истоки всех преморбидных состояний и болезней. Умение распознавать, предотвращать и ликвидировать промежуточное состояние – важнейшая задача науки и практики.

Состояние, при котором неспецифический компонент общего адаптационного синдрома проявляется в виде различной степени напряжения регуляторных систем называется донозологическим. При этом происходит снижение уровня здоровья и организм находится между нормой и болезнью. Дальнейшее действие стресса в этой ситуации приводит к перенапряжению регуляторных механизмов, резкому снижению функционального резерва. Таким образом, проявления болезни, которая является результатом срыва адаптации, предшествуют донозологические и преморбидные состояния, которые сопровождаются снижением функционального резерва и уровня здоровья. В настоящее время имеются многочисленные определения уровня здоровья, из которых следует прямая зависимость между функциональным резервом организма, выраженностью регуляторных механизмов и здоровьем человека и с другой стороны - здоровье тесно связано с адаптационными возможностями организма к изменяющимся условиям среды. До настоящего времени нет общепринятой классификации уровней здоровья. По классификации Галена отмечаются три состояния человека: здоровье, болезнь и третье состояние человеческого тела, которое не есть ни здоровье, ни болезнь. Исчерпывающую классификацию уровней здоровья дал Авиценна, рассматривая шесть классов функционального состояния организма. Эта классификация согласуется с современной, в основе которой берется степень напряжения регуляторных механизмов [3]. С практической точки зрения часто используют классификацию уровней здоровья по шкале «Светофор». При этом различают три маршрута здоровья, которые определяются разными цветами: зеленый маршрут - для этого уровня характерно состояние организма с достаточно высоким функциональным резервом, с отсутствием или минимально выраженным напряжением регуляторных механизмов; желтый маршрут здоровья - для этой группы характерно состояние, при котором поддержание гомеостаза происходит за счет различной степени выраженности напряжения регуляторных механизмов с повышением активности симпатико-адреналовой и других систем организма; красный маршрут здоровья - для них характерно снижение функциональных возможностей организма с проявлением недостаточности защитно-приспособительных механизмов и неспособностью организма обеспечить оптимальную адекватную изменившимся условиям среды регуляцию функциональных систем.

Цель исследования: на основании комплексного исследования людей при действии различных возмущающих факторов выявить критерии оценки и прогнозирования донозологического состояния и стрессоустойчивости организма.

Материалы и методы исследования. Были обследованы люди с разным сроком проживания на различных высотах Восточного Памира (3600, 4300 и 4700 м над ур.м) в состоянии покоя и при нагрузках различной мощности. Для оценки эмоционального стресса были обследованы студенты в процессе обучения и при сдаче экзамена. Оценку риска нарушений репродуктивного здоровья проводили у женщин фертильного возраста российской и таджикской популяции. В своих исследованиях использовали методику математического анализа вариативности сердечного ритма. Для оценки типов межличностных отношений использовали тест Спилберга, адаптированный Ю.Л. Ханиным (1981) с определением уровня личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожности. Риск нарушения репродуктивного здоровья оценивали при помощи показателей гормонального и иммунного статуса.

Результаты исследования и их обсуждение. Динамика интегральных показателей вариативности сердечного ритма у людей в разные сроки проживания на большой высоте показывает, что индекс напряжения, амплитуда моды, индекс вегетативного равновесия и вегетативный показатель ритма отражают фазы адаптации человека к высокогорной гипоксии: низкие значения этих показателей у жителей со сроком проживания на высоте более 10 месяцев свидетельствует о завершенности адаптации человека, так как у них доминирует парасимпатический отдел автономной нервной системы и свидетельствует о стабильной фазе адаптации. Полученные три типа корреляционных ритмограм (КРГ) отражают тот или иной уровень здоровья (I тип КРГ отражает состояние, соответствующий зеленому маршруту здоровья; II тип – желтому и III тип – красному) и фазу адаптации (второй тип - аварийной фазе; третий тип – переходной фазе; первый тип – стабильной фазе). Анализ волновой структуры сердечного ритма позволил выделить четыре вида автокоррелограммы (автокоррелограммы с дыхательными и медленными волнами, с преобладанием высокочастотных колебаний и без определенной периодики). При сравнении АКГ с описанными ранее в условиях высокогорья определяется новый тип АКГ – быстрые волны (БВ). Эти волны отмечались только у жителей высокогорья, количество лиц с этими волнами увеличилось по мере увеличения высоты – наибольшее количество этих волн отмечались в условиях высоты 4300 и 4700 м над ур.м. Сравнительный анализ АКГ с физической работоспособностью (ФР) показывает, что наибольшая ФР отмечается у лиц с четкими ДВ на АКГ и наименьшая ФР – у лиц с шумовыми колебаниями указывает. Таким образом, каждый вид АКГ отражает определенный уровень здоровья: 1 – зеленый маршрут здоровья, 2-3 – желтый и 4 – красный. Для оценки функционального резерва организма, его адаптационных возможностей и уровней здоровья достаточно информативным оказалось построение динамического спектра (ДС) при управляемой гипервентиляции. При этом все обследованные были разделены на 4 группы (1гр – испытуемые, которые четко выполняли инструкцию в одном диапазоне; 2 гр. – испытуемые выполняли инструкцию в некотором диапазоне; 3 гр. – испытуемые начали выполнять инструкцию спустя некоторое время в диапазоне 1гр.; 4гр. – испытуемые не выполняли инструкции в течении всей записи). Сопоставление полученных результатов с индивидуальной переносимостью высокогорной гипоксии показывает, что лицам с плохим прогнозом приспособления характерны две крайние позиции в ДС при управляемой гипервентиляции: они либо четко выполняют инструкцию, либо не выполняют ее вообще. Вторая группа испытуемых относится к зеленому маршруту здоровья, I и 3 группы – к желтому маршруту и 4 группа – к красному маршруту здоровья. Достаточно информативным для оценки функционального состояния организма и прогноза уровня здоровья оказался сравнительный анализ ДС со спирограммами, записанными синхронно с ЭКГ. Отмечено, что в спектральной структуре кардиоинтервалов прослеживается частотно-амплитудная характеристика дыхания, отчетливо видная на спирограмме. Проведенный анализ спектральной структуры кардиоинтервалов позволил выделить их в определенные логические формулы, послужившие основой классификации типов частотно-амплитудных соотношений кардиореспираторной системы. Согласно данной классификации можно выделить 4 группы (1гр. – МВ1 и ДВ и кДВ, что свидетельствует о наличии в спектре кардиоинтервалов медленных волн первого порядка, дыхательных волн и волн, кратных дыхательным; 2гр. – МВ1 и ДВ; 3гр. – ДВ и кДВ; 4гр. – соотношение волн не укладывается в четкую логическую формулу). Предложенные логические формулы могут послужить основой для разработки классификации индивидуальных типов, соответствующих различным уровням здоровья и созданию ЭВМ-методики, описывающей количественные взаимосвязи кардиореспираторной системы для оценки функционального состояния организма. В перспективе эти логические формулы и соответствующие им ДС можно использовать для регулирования ритма дыхания с учетом механизма биологической обратной связи, что даст возможность повысить уровень здоровья до оптимального состояния.

Успешное решение задач по подготовке высококвалифицированных кадров тесно связано с укреплением и охраной здоровья молодых людей [2, 8]. Личностные характеристики студентов играют существенную роль на мотивационную основу деятельности и его ценностные характеристики. Исследование закономерностей психической адаптации позволяет выявить значимые связи между эффективностью этой адаптации, её особенностям и состоянием психического гомеостаза [9, 1]. Исключительная роль в этом вопросе имеет определение напряжения регуляторных механизмов по состоянию автономной нервной системы (АНС) во взаимосвязи с показателями личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ). Сравнительный анализ межличностных отношений и состояния автономной нервной системы (АНС) позволил выделить следующие виды адаптации: 1) адаптация полностью завершена – когда умеренному и низкому уровню ЛТ и РТ соответствует нормотонический и ваготонический тип взаимодействия отделов АНС (высокие показатели среднеквадратичного отклонения, вариационного разброса и моды в сочетании с низкими значениями амплитуды моды, I-II типы КРГ); 2) адаптация не завершена, но протекает адекватно: а) когда умеренному и низкому уровню ЛТ и РТ соответствует симпатикотонический тип взаимодействия отделов АНС (низкие показатели среднеквадратичного отклонения, вариационного разброса и моды в сочетании с высокими значениями амплитуды моды, IИ и III-IV типы КРГ); б) высокому уровню ЛТ и РТ соответствует нормотонический и ваготонический тип взаимодействия отделов АНС; 3) дизадаптация – нарушение адаптационных возможностей организма, когда высокому уровню ЛТ и РТ соответствует симпатикотонический тип взаимодействия отделов АНС.

При изучении репродуктивного здоровья женщин особого внимания заслуживают первые попытки перейти на количественный уровень оценки отдельных факторов риска нарушений репродуктивной функции у женщин путем внедрения шкал, интегрирующих наиболее информативные критерии риска. В процессе выполнения исследований впервые показана высокая эффективность популяционно-кластерного подхода в анализе нарушений репродуктивного здоровья женщин и определении маркеров риска таких нарушений. Показано, что в популяции российских женщин, имеющих нарушения репродуктивной функции, можно выделить две группы риска, в одной из которых преобладают гормональные сдвиги, а в другой имеются иммунологические изменения, в том числе и

аутоиммунные. В популяции таджикских женщин с нарушением репродуктивной функции в одной из групп риска преобладает сочетание гормональных и иммунологических сдвигов, а в другой группе риска наблюдаются аутоиммунные сдвиги, характерные для антифосфолипидных реакций. Определены критериальные диапазоны отклонений каждого информативного показателя в каждой популяции женщин с нарушениями репродуктивных функций. Довольно высоким рангом в разграничении показателей обладают уровни прогестерона и эстрадиола, а также гормона щитовидной железы тироксина. Высокая информативность присуща уровню аутоантител к факторам щитовидной железы - тиреоглобулину и тиреопероксидазе. Завершают список информативных показателей количественного содержания отдельных лимфоцитов в крови - В-клеток, цитотоксических Т-лимфоцитов (ЦТЛ), естественных киллеров (ЕК). В популяции российских женщин нарушения репродуктивной функции, связанные с иммунологическими сдвигами, могут быть идентифицированы и спрогнозированы по величине интегрального маркера ИМНР1 > 11,5, вычисляемого по формуле: $0,257 * [\text{число ЦТЛ}] + 0,266 * [\text{число ЕК}] + 0,122 * [\text{число В-лимфоцитов}] + 0,107 * [\text{уровень IgG}] + 0,209 * [\text{уровень аутоантител к } \beta_2\text{-гликопротеину}]$. В этой же популяции женщин нарушения репродуктивной функции, связанные с гормональными сдвигами, могут быть идентифицированы и спрогнозированы по величине интегрального маркера ИМНР2 > 85, вычисляемого по формуле: $0,341 * [\text{пролактин}] + 0,257 * [\text{эстрадиол}] + 0,014 * [\text{ТТГ}] + 0,184 * [\text{общий Т4}] - 0,153 * [\text{кортизол}]$. В популяции таджикских женщин нарушения репродуктивной функции, связанные с гормонально-иммунологическими сдвигами, могут быть идентифицированы и спрогнозированы по величине интегрального маркера ИМНР3 > 14, вычисляемого по формуле: $-9,049 + 0,537 * [\text{число ЕК}] - 0,208 * [\text{число В-лимфоцитов}]$. У этих же женщин нарушения репродуктивной функции, связанные с развитием антифосфолипидных реакций, могут быть идентифицированы и спрогнозированы по величине интегрального маркера ИМНР4 > 8,5, вычисляемого по формуле: $2,179 + 0,288 * [\text{уровень аутоантител к фосфолипидам}] + 0,453 * [\text{уровень аутоантител к } \beta_2\text{-гликопротеину}]$. Учитывая эффективность интегральных маркеров в прогнозировании возможности развития нарушений репродуктивной функции у женщин фертильного возраста, нами был предложен алгоритм проведения исследований в виде схемы лабораторного скрининга по определению названных маркеров.

Список литературы

1. Абульханов В.В. Адаптация и дезадаптация.- Клини. Мед. – 2002г.-№5.- С.3-11
2. Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Проблемы адаптации и учение о здоровье. Издательство РУДН, -2006.- С.283
3. Баевский Р.М. Прогнозирование на грани нормы и патологии. М.: Медицина. – 1979. 289С.
4. Григоренко В.В. Показатели variability сердечного ритма у студентов-уроженцев различных горных регионов Кыргызстана / В.В. Григоренко, В.М. Еськов // Материалы VI всеросс.симп. - Ижевск, 2016. - С.108-111.
5. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации.- Новосибирск: Наука.-1980-192с.
6. Нидеккер И.Г. Проблема математического анализа сердечного ритма // Физиология человека. Т.19. №3. 1993.- С.80-85.
7. Чернозуб А.А. Variability сердечного ритма у нетренированных юношей в условиях различных режимов силовой нагрузки / А.А. Чернозуб // Вестник РАМН.- 2014. № 1. - С.51-56.
8. Шукуров Ф.А. Оценка и прогнозирование уровней здоровья и функциональных резервов организма. //Научные труды 1 съезда физиологов СНГ Сочи, Дагомыс 2005, т.1 стр. 4
9. Шукуров Ф.А. Стрессоустойчивость и адаптационные возможности студентов. Научные труды IV съезда физиологов СНГ, Москва-Сочи, 2014 – С.- 266

ИСТОРИИ КАФЕДРЫ

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ №1 ТГМУ им. АБУАЛИ ИБНИ СИНО Зав. кафедрой Хакназарова М.А.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 была создана 17 июля 1941 года в ряде других кафедр Таджикского государственного медицинского института имени Абуали ибни Сино, на базе родильного дома №1 г. Сталинабад.

Инициатором и первым руководителем кафедры был профессор Голубчик Самуил Борисович из России.

Затем кафедрой руководили:

- 1941 – 1945 гг. профессор Голубчик Самуил Борисович
- 1945 – 1948 гг. профессор Сафотеров Александр Квентилянович
- 1948 – 1957 гг. профессор Гуртовой Лев Ефимович
- 1957 – 1980 гг. член-корр АМН СССР, профессор Хакимова Софья Хафизовна
- 1980 – 1981 гг. доцент Хакимова Кумри Хафизовна
- 1981 – 1992 гг. профессор Трубникова Лариса Игнатьевна
- С 1993-2015 гг. академик АМН МЗ РТ, член-корр АН РТ, д.м.н., профессор Додхоева М.Ф.
- С 2015-2016 гг. доцент Узакова У.Д.
- С 2016 по настоящее время д.м.н. Хакназарова М.А.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 является одним из больших и почитаемых кафедр ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Организация и дальнейшее развитие кафедры началось после организации проблемной лаборатории «Заболевания женщин, врожденные и наследственные пороки развития детей» с 1970 годов.

Позднее на основании этой лаборатории был организован Научно-исследовательский институт охраны матери и ребенка.

Сотрудниками кафедры в различные годы были: профессора Петранюк, Саруханов Ш.Е., Редько Т.П., Абдурахмонов М.К., Сабуров Х.С., Степанова Р.Н., Абдурахмонов Ф.М., почетный профессор Таджикского государственного медицинского института имени Абуали ибни Сино, кандидат медицинских наук Мирсабурова Р.Т., доценты Б.Л. Гуртовой, С.У. Додхудоева, К., Хакимова, Е.Н. Нарзуллаева, кандидаты медицинских наук Попова А.Е., Капельгородская М.А., Ниязова С.М., Абдушукурова Х.М., Иоскович М.Г., Романовская А.Р., Гладышева Р.Г., Искандарова О.И., Подгорная Р.И., Вознесенская Н.В., Трубников В.С., Султанова М.М., врачи высшей категории Хайдарова Ш.Х., Майрансаева М. А., Прищепа Л.Н., Пронина Т.П., Мухаммадиева М.А., Ким Э.Л., Мельникова В.В. старшие преподаватели Бузурукова Ш.Д., Джалилова Л.М и другие.

Воспитанники этой кафедры работали в разные года, обучали тысячи врачей с рядовых до министра, воспитали десятки ученых, в качестве консультантов спасли тысячи больных.

В данное время на кафедре под руководством д.м.н. Хакназаровой М.А. работают профессор Додхоева М.Ф., доценты Узакова У.Д., Кадырова С.Г., Давлатова М.Ф., Абдуллаева Р.А. кандидаты медицинских наук: Вафоева Н.В., Шералиева М.Г., Абдурахимова З.Т., Ашурова Н.М., Юлдашева М.У., Абдусаматова З.М., Ахмедов А.П., Акобирова С.А. старший преподаватель Сарыева М.С., ассистенты Салохитдинова Г.Н., Цой В.Ю., Мирзоева М.Б., Каримова У.А., Миррахим М., Пирматова Д.А., Олимова Ф.З.и другие.

Кафедра является центром науки и практической школой, на ее базе обучались многие врачи акушер-гинекологи. На кафедре проводятся научные исследования по актуальным проблемам охраны здоровья матери и ребенка.

На кафедре обучаются студенты 4, 5, 6–го курса медицинского факультета и организации общественного здравоохранения, магистранты, клинические ординаторы и интерны, аспиранты.

На базе кафедры организованы курсы повышения квалификации врачей акушеров –гинекологов .

Темами научных исследований сотрудников кафедры являются «Пути профилактики материнской и детской смертности», «Проблемы безопасного материнства в Республики Таджикистан» и «Состояние репродуктивного здоровья и течение гестационного процесса под воздействием техногенных и климато-географических факторов», по разделам которых защищены 3 докторских и более 20 кандидатских диссертаций, и еще 12 диссертаций находятся в данное время на этапе выполнения.

Научные исследования проводятся совместно с научно-исследовательскими учреждениями внутри и вне республики, которыми являются Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ, Академия наук РТ, Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии имени Д.О. Отта РФ, Государственное учреждение научно-исследовательского института акушерства- гинекологии и перинатологии АМН России и другие. Результаты научно-исследовательских работ сотрудников кафедры печатаются в научных журналах внутри и вне страны, были доложены на форумах и конгрессах мира (Москва, Санкт-Петербург, Алма-Ата, Бишкек, Швеция, Австралия, Дания, Тунис, Италия, Австрия и др.).

Лечебной работой сотрудники кафедры занимаются в городском родильном доме №1, родильном отделении городского медицинского центра, городских центрах здоровья. Большинство из сотрудников являются консультантами, занимаются повышением квалификации акушер-гинекологов республики, внедрением новых достижений по методам диагностики в медицине, профилактикой и лечением заболеваний женщин и патологии во время беременности, родов, послеродового периода и другими проблемами.

Сотрудники кафедры сотрудничают с различными международными организациями, такими как - Фонд народонаселения ООН, ВОЗ, Фонд Ага Хана, ЮНИСЕФ, ЮСАИД, GIZ и другие.

С целью пропаганды здорового образа жизни, планирования семьи, профилактики заболеваний передаваемых половым путем, достижения безопасного материнства, при кафедре был создана республиканская ассоциация «Модарии бежавф».

На кафедре акушерства и гинекологии обучаются студенты 4 – 5 – 6 курсов медицинского факультета, 4 курса ФОЗ, магистранты, ординаторы и клинические интерны.

Задачи акушерской дисциплины:

- Изучить течение физиологической беременности и родов
- Изучить принципы эффективного антенатального ухода за беременными женщинами
- Обучить навыкам по ведению безопасных родов
- Обучить оказанию неотложной акушерской помощи при патологическом течении беременности, родов, послеродовом периоде
- Обучить навыкам консультирования по грудному вскармливанию
- Обучить навыкам консультирования по современным контрацептивным технологиям
- Обучить навыкам консультирования по опасным симптомам во время беременности

К задачам обучения гинекологии входят:

- методы обследования беременных и гинекологических больных;
- вопросы контрацепции и планирования беременности;
- проявления гинекологических заболеваний и методы оказания неотложной помощи
- вопросы подготовки к операции и реабилитации после оперативных вмешательств;
- показания и противопоказания к гормонотерапии
- оказание экстренной помощи при явлениях «острого живота».

Задачи обучения акушерства и гинекологии для студентов 6-го курса и магистрантов:

- Обучить организации безопасного материнства и родовспоможения, ориентированного на семью;
- Обучить теоретическим и практическим положениям физиологического и патологического акушерства с позиций современных аспектов патогенеза, клиники, диагностики и терапии основных осложнений беременности и родов;
- Обучить вопросам перинатологии, научным и практическим ее аспектам с позиций современных представлений о фетоплацентарной системе, ее недостаточности, клинических проявлений в виде внутриутробной гипоксии и задержки роста внутриутробного плода, современных методов диагностики и выбора акушерской тактики;
- Обучить вопросам гинекологии с позиций физиологии женского организма в различные возрастные периоды, а также по группам гинекологических заболеваний с акцентом на оказание неотложной гинекологической помощи.

Кафедра находится на базе родильного дома №1 г. Душанбе и имеет 14 учебных комнат, кабинет патологии шейки матки, кабинет планирования семьи и грудного вскармливания, компьютерную и патогистологическую лабораторию и лекционный зал.

В родильном отделении ГМЦ также имеются 2 учебные комнаты.

Сотрудники кафедры соответственно двухстороннему договору между кафедрой и городским родильным домом №1, родильным отделением городского медицинского центра свою лечебную деятельность.

Соответственно двухстороннему соглашению профессора, доценты и старшие преподаватели являются консультантами основных отделений родильных домов.

Обход в отделениях со стороны заведующей кафедрой проводятся соответственно плану.

Заведующая кафедрой, д.м.н. Хакназарова М.А., профессор Додхоева М.Ф., доценты кафедры Узакова У.Д. и Кадырова С.Г. оказывают urgentную помощь.

Соответственно профессиональной подготовки, требования учебного процесса, все ассистенты распределены по отделениям, имеют ночные дежурства.

Коллектив кафедры активно участвует в разборе случаев материнской и перинатальной смертности по всей Республике, оказывают консультативную помощь по районам республиканского подчинения.

Доценты и ассистенты кафедры каждую неделю проводят осмотр беременных женщин и гинекологических больных в городских центрах здоровья № 2, 7, 8, 9, 10, 12, 14.

ДОСТИЖЕНИЯ КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ №2 с 1971 Г. по 2019 годы

Кафедра акушерства и гинекологии №2, ТГМУ имени Абуали ибни Сино
зав. кафедрой - д.м.н., профессор Абдурахманова Ф.М.

В 1957 году по решению Ученого Совета ТГМИ на базе родильного дома №2 была организована кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета, и возглавил ее доцент Борис Львович Гуртовой до 1971 г. Научно-исследовательская работа кафедры при доценте Гуртовом была посвящена особенностям лактации у родильниц в условиях сухих субтропиков Таджикистана, которая послужила темой докторской диссертации Гуртового. Под руководством Б.Л. Гуртового защитили кандидатскую диссертацию Лаптиева Е.Д., Подгорная Р.П., Ахмеров В.З.

Профессор Гуртовой Б.Л для практического здравоохранения разработал методическое пособие по «Коррекции биохимического состава грудного молока при нормальных и патологических родах».

С 1971 года по конкурсу была избрана заведующей кафедрой заслуженный деятель науки РТ профессор Пулатова Махкам Таировна. В 1949 году окончила Сталинабадский Медицинский институт, аспирантуру, защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Инфицированный выкидыш». По решению руководства республики была заместителем министра здравоохранения, курировала вопросы лечебно-профилактической помощи детям и матерям.

С 1966 года по 1970 годы исполняла обязанности проректора ТГМИ по научной работе. В период работы профессора М.Т. Пулатовой научно-исследовательской деятельностью кафедры была посвящена особенностям системы гемостаза при физиологической и патологической беременности. Под руководством профессора М.Т. Пулатовой защитили диссертации Касымов М.К, Саруханов Георгий Едвандович, Шаповал Л.А, Юсупова Р.Т., Исмаилова Т.Д.

Под руководством профессора Пулатовой М.Т изданы следующие монографии: 1. Лечение и профилактика инфицированного выкидыша.

2. Особенности системы гемостаза при нормальной и патологической беременности.

3. Гуморальные аспекты иммунологического процесса в раннем онтогенезе.

Пулатова М.Т была награждена Орденом Трудового Красного Знамени, значком Отличника Здравоохранения РТ, была депутатом Душанбинского городского Совета.

С 1998 по 2005 годы кафедру возглавил доктор медицинских наук профессор Абдурахманов Муин Камолович – родился в 1933 году в г. Бухаре, внук главного налогового инспектора Бухарского Ханства Баротбека.

Профессор Абдурахманов М.К. в 1957 году окончил Военно-медицинский факультет Куйбышевского медицинского института с отличием и по решению государственной экзаменационной комиссии был награжден золотой медалью.

С 1957 по 1958 годы служил в группе Советских войск в ГДР. С 1958 по 1959 г. был клиническим ординатором кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета. В декабре 1959 г. поступил в очную аспирантуру при Академии наук и 22 мая 1962 года в городе Ташкенте защитил кандидатскую диссертацию, посвященную «Обмену витамина А у колхозников Южного Таджикистана».

С 1963 года по 1968 год работал врачом акушером-гинекологом в Республиканском родильном доме. С 1968 года по 1976 год являлся ассистентом кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ТГМИ. С 1976 года главным акушером гинекологом Управления Здравоохранения г. Душанбе. С 1980 года ассистент кафедры педиатрического факультета, доцент кафедры, профессор кафедры, заведующий кафедрой.

С 1971 года является доктором наук.

Научное направление профессора Абдурахманова М.К было посвящено «Влиянию факторов внешней среды на становление и функцию репродуктивной системы». Наследие врача Абдурахманова Камала Камаловича – с 1980 профессором Абдурахмановым М.К, д.м.н., профессором Абдурахмановым Фарухом Муиновичем и д.м.н., профессором Абдурахмановой Фирузой Муиновной создана школа акушеров-гинекологов.

Абдурахманову Камалу Камаловичу – известному акушеру-гинекологу РТ – в 2000 г. исполнилось бы 100 лет со дня рождения. Он родился в начале 20 века в Бухаре, учебу начал в Анкаре, а в 1936 г. окончил Самаркандский медицинский институт и был направлен на работу в Таджикистан. Около 50 лет Абдурахманов К.К проработал в родильном доме №1 г. Душанбе. С первых дней Великой Отечественной Войны он ушел добровольцем на фронт, его часть победным маршем прошла от Тегерана до Берлина.

В мирной жизни он оказывал помощь беременным женщинам во всех уголках Таджикистана, выезжая по линии санитарной авиации. Профессиональным мастерством, теплым словом и отеческой заботой он помогал им преодолевать физические и эмоциональные трудности, учил терпению и выносливости, радовался вместе с ними. Он обладал острым умом, тонким чувством юмора.

Своим профессиональным мастерством Абдурахманов К.К делился, будучи одним из первых педагогов местной национальности в ТГМИ, более 25 лет он проработал в ДМУ. В 1946 г. он избран председателем ЦК профсоюза «Медсантруд» Таджикской ССР, избирался депутатом Сталинбадского горсовета 1-го и 2-го созывов.

Боевая и мирная деятельность Абдурахманова К.К. была отмечена двумя орденами Отечественной войны, Красной Звезды, Трудового Красного Знамени, медалями и Почетными Грамотами, в 1956 г. Указом Президиума Верховного Совета ему было присвоено почетное звание «Заслуженный врач Таджикской ССР».

Благородную деятельность врача акушера-гинеколога продолжают сын К.К. Абдурахманова – профессор М.К. Абдурахманов и его внуки – д.м.н., профессор Абдурахманов Ф.М и д.м.н., профессор Абдурахманова Ф.М.

Под руководством профессора Абдурахманова М.К защитили диссертацию: Каспарова А.Э, Исаева Б.И, Муратов Э.К, Давлатова М.Б, Умарова Н.Г, Кадамалиева М.Д, Шарипова М.Б и 3-ое докторов наук Абдурахманова Ф.М, Абдурахманов Ф.М и Хакназарова М.А.

Под руководством профессора Абдурахманова Фарруха Муиновича защитились 23 кандидата и докторант Рафиева З.Х подготовила докторскую диссертацию для защиты.

Под руководством профессора Абдурахмановой Фирузы Муиновны защитились восемь кандидатов медицинских наук. В итоге школа акушеров-гинекологов профессора Абдурахманова М.К выпустила и подготовила 38 кандидатов и 4-х докторов медицинских наук.

В 1991 году на 6-ом Европейском конгрессе ассоциации акушеров-гинекологов за научный доклад о «Влиянии пестицидов на фетоплацентарный комплекс» был удостоен диплома 1-ой степени и денежной премией.

Профессор Абдурахманов М.К в экспериментальных условиях установил антропогенное влияние хлор- и фосфорорганических пестицидов на становление и функционирование репродуктивной системы.

Под его руководством разработан комплекс лечебно-профилактических мероприятий с применением не медикаментозных средств для снижения антропогенного влияния пестицидов и фтористых соединений на репродуктивную систему.

Профессор Абдурахманов М.К опубликовал 80 статей в журналах: Акушерство и Гинекология, Российский Вестник Акушеров Гинекологов, Вопросы питания, Педиатрия, Охрана материнства и детства, узбекский журнал Педиатрия, Материалы 6-го Европейского конгресса ассоциации акушеров-гинекологов, Здравоохранение Таджикистана, Вестник Авиценны, Известия Академии Наук, Доклады Академии наук РТ.

Завершился черновой вариант пособия по акушерству на таджикском языке, будет издан в начале учебного года. Издано руководство по организации работы акушера-гинеколога городской женской консультации. Изданы руководства для практического здравоохранения:

1. По профилактике влияния пестицидов на репродуктивную функцию.
2. Влияние ожирения на гестационный процесс.
3. Антиоксидантный сироп «МАЗ» и низкочастотное лазерное излучение в комплексной терапии гестоза.
4. Принципы терапии хламидийной инфекции.
5. Профилактика, лечение острых и хронических гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки с провоспалительным цитокином «Спленид», фитоантиоксидантным сиропом «МАЗ», низкочастотное лазерное излучение на БАТ.

Имеет рационализаторские предложения: «Способ применения отечественного антисептика 0,02% урсультана в профилактике и лечении послеабортного эндометрита», «Методика герметичного шва на матке после кесарева сечения». Малый патент НПИЦ РТ от 01.06.2003 №1 «Фитоантиоксидантный сироп «МАЗ»», патент с кодовым шифром от 28.01.2010 №2 «Паста МММ».

Решением Ученого Совета института последиplomной подготовки медицинских кадров МЗ РТ в 2003 году выдан диплом о почетном профессорстве Ученого Совета данного учебного заведения.

Профессор Абдурахманов М.К принимал активное участие в общественной жизни здравоохранения РТ. Был ответственным редактором многотиражной газеты ТГМИ «Советский медик», членом медицинского Совета МЗ РТ, заместителем председателя диссертационного Совета по акушерству и гинекологии, и онкологии. Заместителем председателя хирургического Совета по защите докторских диссертации.

В настоящее время является членом диссертационного Совета акушеров-гинекологов НИИ АГ и П и профессором-консультантом кафедры акушерства и гинекологии №2. За свой многолетний труд профессор Абдурахманов М.К награжден орденом «Дружбы», медалью «Ветеран Труда» и значком «Отличник Здравоохранения».

С августа 2005 года по решению Ученого Совета заведующей кафедрой акушерства и гинекологии №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино является Абдурахманова Фируза Муиновна, поступила в ТГМИ в 1986 году и с отличием окончила в 1992 году. Прошла клиническую ординатуру и аспирантуру с 1994 по 1998 года. В 1997 году защитила диссертацию на тему «Половое и физическое развитие девочек и девушек, матери которых подверглись воздействию пестицидов во время беременности». С 1997 года работала ассистентом кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета, с 1999 года – доцент кафедры. В 2002 году защитила докторскую диссертацию на тему «Эпидемиология полового и физического развития девочек и девушек Таджикистана и технология прогнозирования акушерских и гинекологических патологий». С 2003 года избрана профессором и 2005 года заведующей кафедрой акушерства и гинекологии №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Абдурахманова Ф.М является главным внештатным детским гинекологом при МЗ РТ, старшим тренером Дона Хопкинса Университета США. Абдурахманова Ф.М является научным руководителем НИР кафедры «Влияние вирусной инфекции на репродуктивную функцию пациенток с экстрагенитальной патологии (анемия, гипofункция щитовидной железы, бессимптомная бактериурия, хронический пиелонефрит)».

Абдурахманова Ф.М участвовала в симпозиуме в ЮАР «10 шагов 66 стран мира», участвовала на международных семинарах и конференциях. Тренерский курс по планированию семьи (1999г.) – Алма-Аты. Репродуктивное здоровье подростков в Анкаре, 2004г., тренерский курс по профилактике инфекции в 2005 г в Ташкенте.

Имеет 49 статей, 38 тезисов, 6 методических рекомендаций для врачей практического здравоохранения, 5 методических руководств, 7 рационализаторских предложений.

Под руководством Абдурахмановой Ф.М защитили кандидатские диссертации Холова Ш.И., Хокирова М.С., Буракова Д., Касымова З.Н., Умарова Н.Г., Ниезова Р.Х, очный аспирант Саидова Т. завершает диссертационную работу «Оптимизация и ведения поздних выкидышей».

Исмаилова Татьяна Даниловна, 1957 года рождения, окончила лечебный факультет ТГМУ им.Абуали ибни Сино с отличием в 1980 году. Прошла клиническую ординатуру, а затем очную аспирантуру на кафедре акушерства и гинекологии №2. Защита диссертационной работы «Влияние условий труда в современном хлопководстве на детородную функцию работниц, меры профилактики» состоялась в мае 1990 года на заседании Специализированного Совета при Киевском НИИ ТиПЗ. С октября 1990 года является кандидатом мед.наук.

С мая 1987 года – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №2. В сентябре 1997 года избрана на должность доцента кафедры. В 2007 году присвоено звание доцента по кафедре акушерства и гинекологии. Исмаилова Т.Д является соискателем докторской диссертации «Эндометрит после родов и кесарева сечения». Научные консультанты профессор Абдурахманов М.К и Сатаров С.С

Имеет 31 научную работу (статьи, тезисы), 2 учебно-методические разработки.

Хакназарова Матлуба Абдулмджидовна родилась 7 октября 1961 г. в городе Кулябе Хатлонской области Республики Таджикистан. В 1978 году поступила в Таджикский государственный медицинский институт им. Абуали ибни Сино и в 1984 закончила названный вуз. С 1984 по 1985 гг. проходила интернатуру по акушерству и гинекологии в ОРД города Куляба.

С 1985 по 1988 гг. работала акушером-гинекологом центральной районной больницы Советского района (Темурмалик). С сентября 1988 г. по июнь 1990 проходила клиническую ординатуру на кафедре акушерства и гинекологии факультета усовершенствования врачей ТГМИ им. Абуали ибни Сино. С сентября 1990 г. до ноября 1993г. работала врачом акушером-гинекологом женской консультации №7 города Душанбе и с ноября 1993 г. по август 1994г. заведующей женской консультаций № 3 города Душанбе. Хакназарова М.А. с 1994 по 2001 гг. работала главным врачом клиники НИИ акушерства, гинекологии и педиатрии МЗ РТ. С 2001 по 2005 работала врачом акушером-гинекологом-консультантом ОАО «Техносройэкспорт» в Республике Йемен. С 2005 по 2008 гг. занимала должность заместителя декана ОМФ и лечебного факультета. С января 2008 является деканом фармацевтического факультета, избрана доцентом кафедры акушерства и гинекологии № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Кандидатскую диссертацию защитила в 1998 г. под руководством доктора медицинских наук, профессор Абдурахмонова Фарруха Муиновича.

Является автором ряда научных публикаций и учебно-методических рекомендаций.

Прошла апробацию и представила на защиту тему «Репродуктивное здоровье женщин с ЗППП».

Рафиева Зарина Хамдамовна родилась 19 декабря 1966 г. в г. Душанбе. В 1984 г. году поступила в ТГМИ им А.Сино г. Душанбе. Закончила в 1992 г.

С 1992 по 1993 годы проходила интернатуру в облроддоме г. Худжанда (Ленинабад). С 1993 г работала в облроддоме г. Худжанда врачом акушером-гинекологом. С 1998 г. работала ассистентом кафедры акушерства и гинекологии филиала ТГМУ им А.Сино в г. Худжанде. Утвердила тему кандидатской диссертации: «Физическое и половое развитие девочек и девушек с диффузно-нетоксическим зобом». В 2002 г. защитила работу.

С 2004 года работает ассистентом кафедры акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им. А. Сино.

С 2006 г. является докторантом кафедры акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им. А. Сино.

В 2007 г на проблемной комиссии была утверждена тема докторской диссертации: «Особенности репродуктивного здоровья женщин, подвергшихся психотравмирующим факторам».

В 2009 году избрана на должность доцента кафедры.

Имеет 39 научных статей и 1 монографию «Беременность при воздействии психотравмирующих травм» - Рафиева З.Х. и Мухамадиев И.М.

На кафедре работали ассистенты Норматова М.С., к.м.н., Мухамадиев И.М., Талбова З.С., Хабибова З.Х., к.м.н., Иванцова Д.Г., Ходьякова В.Г., доцент кафедры Касымова М.К., Надырова А.А., асс. Мавлонова С.Н., асс. Пирова М.Г., асс. к.м.н, Хокирова М.С., асс. к.м.н, Ниезова Р.Х., асс.к.м.н., Холова Ш.И., асс. Кадилова С.И., асс. к.м.н. Шукурова З.Т.

В данное время на кафедре работают следующие ассистенты Мурадова З.М., к.м.н., Кадамалиева М.Д., к.м.н, Шарипова М.Б., асс. Рахимова П.С., Азимова Дж.К., Садикова Г.Н., Саидова Т.Ш., асс. Бобджонова О.Б., Умарова Т.С., Абдурахманова Ф.Ф., Акрами Паричехра, асс. к.м.н., Касымова Ш.С.

За время существования кафедры были утверждены следующие темы по науке:

1. Влияние гнойно-септических инфекций в акушерстве и гинекологии.
2. Влияние вирусной инфекции на репродуктивную систему женщин Таджикистана.
3. Влияние родственного брака на репродуктивную систему женщин Республики Таджикистан.

Литература

1. Абдурахманов М.К. «История кафедры акушерства и гинекологии №2», Душанбе 2012 год.

ТАЪРИХИ МУХТАСАРИ КАФЕДРАИ АНАТОМИЯИ ОДАМ ВА ИСТИЛОҲОТИ ТИББИИ ЛОТИНИИ БА НОМИ Я.А.РАҲИМОВ

Абдурахмонов Ф.А., Қурбонов С., Ашурув Қ.Э., Зокиров Р.Ҳ.

Кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинии ба номи Я.А.Раҳимов
МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Тоҷикистон

Соли 1939 дар Сталинобод Донишкадаи тиббӣ ташкил ёфта, кафедраи анатомияи нормалии одам низ ҷаъолияти худро оғоз намуд. Мудирӣ аввалини кафедра профессор Л.А. Шангина буд, ки аз донишкадаи Курск ба Тоҷикистон бо ҳамкорони худ омада буд. Ӯ дар муддати кӯтоҳ дар шароитҳои душвор тавонист ҷараёни таълимро таъмин ва бо воситаҳои аёнӣ – таълимӣ мучаҳаз намуда, ба бунёди осорхонаи кафедра ибтидо гузорад. Муаллимони аввалини кафедра дотсент К. П. Арихбаев, ассистентҳо Х.Х. Мирзоев, Г.А. Астапенко, лаб. калон А.Г. Козлова ва дигарон буданд. Даре нагузашта вазифаи мудирӣ кафедра ба зимаи В.Г.Украинский гузошта шуд. Ӯ соли 1940 рисолаи номзадиро дифоъ намуд. Дар солҳои ҶБВ дар кафедра проф. К.В.Ромадоновский, проф. В.А.Калберг, ассистентҳо В.Р. Гончарова, Р. А. Пекар, И. К. Лузерис, Х. Х. Мирзоев, лаборанти калон К.П. Рябов, лаборантҳо С. Аганева, М. Савранский, А.К. Сорокина ва дигарон ҷаъолият карданд. Аспиранти аввалини кафедра А.В. Украинский буд, ки ӯ ҳамчун ассистент ҷаъолият дошт. Соли 1950 дотсент В.Г.Украинский Я.А. Раҳимов мудирӣ кафедра таъин шуд. Соли 1946 ба донишкадаи морфологияи АИТ–и СССР (собиқ Иттиҳоди Шуравӣ) ба сафари қорӣ равона шуда ва дар он ҷо соли 1949 рисолаи номзадиро дар мавзӯи «Морфологияи ҷазирачаи Рейлеви мағзи сари одам дар онтогенез» бо муваффақият ҳимоя намуда, аввалин олимӣ морфолог анатом шуд.

Таи солҳои 1950 то 1968 дар кафедра дотсентҳо Б.М. Эрез, К.П.Арихбаев, Ф.А.Абдурахмонов, А.В. Краев, Л.Е. Этинген, ассистентҳо Х.Х. Мирзоев, Н.А. Бакеева, А.Ф. Чепрасова, А.Н.Кахаров, А.А. Закаев, М.У. Усмонов, Я.А. Усмонов, К.Х. Дадабаева, М.К.Малохоҷаев, Р.А.Маслякова, Э.К.Каримов, Э.Р. Сохибов, И.Ю.Юлдашев, С.Г.Михеева, В.С.Скибо, Т.Соловёва, Х.Б.Чумаева, Л.Ф.Эйтаен, А.А.Дорофеев, Ш.Б. Ахунов, лаборант Т.Э.Поперекова ва дигарон ҷаъолият намуданд.

Моҳи январи соли 1968 кафедра ба ду қисм чудо шуд: кафедраи анатомияи факултети муолиҷавӣ ва анатомияи факултети педиатрӣ. Вазифаи мудири кафедраи анатомияи одам (факултети муолиҷавӣ ва аз соли 1989 факултети стоматологӣ) – ро проф. Я.А. Раҳимов то соли 1991 ба ўҳда дошт. Мудири кафедраи анатомия (факултети педиатрӣ ва аз соли 1977 факултети стоматология) дар соли 1968 проф. Ф.А. Абдурахмонов интихоб шуд.

Я.А. Раҳимов ташкилотчии маъруфи соҳаи тандурустӣ ва илм, хатмкунандаи ДДТТ (1943), номзади илмҳои тиб (1949), дотсент (1950), директори Донишкадаи давлатии тиббии Сталинобод (1950 - 1957), узви вобастаи АИ ҶТ (1953), Вазирӣ тандурустии ҶТ (1957 – 1963), профессор (1968) ҳисобида шуд. Соли 1991 бо сабаби ба нафақа баромадани Я.А. Раҳимов проф. М.У. Усманов мудири кафедра таъйин гардид. Баъди вафоти Я.А. Раҳимов (соли 1993) бо қарори Коллегии Вазорати тандурустии ҶТ № 20 – 1 аз 18 майи соли 1994 кафедраи анатомияи одами факултетҳои муолиҷавӣ ва стоматологияи ДДТТ номи ўро гирифта, ба номи ў тахтаи фахрӣ гузошта шуд ва ҳучраи кори ў ба осорхона табдил ёфт.

Моҳи апрели соли 1994 бо сабаби ба вазифаи дигар гузаштани проф. М.У.Усманов вазифаи мудири кафедраи анатомияи одами факултетҳои муолиҷавӣ ва стоматологӣ муваққатан ба души н.и.т, ассистент М.С. Ҳақимов вогузур шуд, Соли 1994 ҳар ду кафедраҳои анатомияро якҷоя намуданд, ки вазифаи мудири кафедра ба зиммаи профессор Ф.А.Абдурахмонов гузошта шуд (1994–2006). Аз сентябри соли 2006 то 2008 профессор Қурбонов С.С., аз 26.06.2008 то 28.09.2012. д.и.т., дотсент Девонаев О.Т., аз 28.09.2012 то 2016 д.и.т. дотсент Ибодов С.Т., аз 26.08.2016 то 26.08.2018с н.и.т. дотсент., Х.М. Мирзоев дар ин вазифаи пурмахсул қор ва фаъолият намуданд. Аз 27.08.2018с н.и.т. Зокиров Р.Ҳ. ба вазифаи мудири кафедра таин шуд.

Абдурахмонов Ф.А. – хатмкунандаи ДДТТ (1952), н.и.т (1955), директори омӯзишгоҳи тиббӣ (1957-1961), дотсент (1961), д.и.т (1968), профессор (1969), Корманди хизматнишондодаи илми ҶТ (1994), аз соли 1968-2006 ба ҳайси мудири кафедраи анатомияи одами ДДТТ қор карда буд.

Сараввал кормандони кафедра бо роҳбарии Я.А. Раҳимов ба такмил додани чараёни таълимӣ – методӣ ва бунёди осорхонаи кафедра диққати зиёд меоданд. Ф.А. Абдурахмонов якҷоя бо И. Мавашев соли 1961 китоби «Анатомия человека» Н.В. Колесников – «Анатомияи одам» барои донишҷуёни омӯзишгоҳи тиббӣ аз забони русӣ ба забони тоҷикӣ тарҷума намуданд. Соли 1966 аз тарафи Х.Х. Мирзоев «Луғати лотинӣ – русӣ – тоҷикӣ» нашр гардид. Дар кафедра инчунин коркарди курси лексияҳо ва дарсҳои амалӣ ба таъб расид. Устод Раҳимов Я.А. ва Этинген Л.Е. курси лексияҳо ва нашри «Конспекти мухтасари курси лексияҳои анатомияи нормалӣ» (1969), «Соҳти бадани одам» (1972), монография оид ба «Очеркҳо оид ба анатомияи функционалини одам» (1982 - 1987)-ро нашр намуда сазовори унвони арбоби шоистаи илму техникаи Ҷумҳурии Тоҷикистон (1994), академики Академияи Омӯзгорӣ ва иҷтимоии Федератсияи Россия (2001) гашт, инчунин муаллифони Я. А. Раҳимов, М. К. Каримов, Л. Е. Этинген соли 1987 ба ҷоидаи давлатии ҶТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (Авитсенна) ноил гаштанд.

Аз соли 1968 кафедраи анатомияи одами факултети педиатрӣ, аз соли 1977 факултети стоматологӣ ва аз соли 1983 факултети фармасевтӣ фаъолияти худро оғоз намуд. Мудири аввалин ва ташкилотчии он Ф.А. Абдурахмонов буд. Коллективи кафедра аз мудар, дотсент И.Ю. Юлдашев, ассистентҳо Р.А Маслякова, Н.Н. Кузнецов, Т.И.Кладов, В.Бутенко ординатор ва аз моҳи ноябри соли 1968 ассистент Қ.Э. Ашуров ва 4 лаборант ва препаратҳои иборат буд. Аспирантони аввалин Қ.Э.Ашуров, С.С.Қурбонов, З.К.Маҳмудова, Х.М.Мирзоев буданд. Таи солҳои гуногун ассистентон В.С.Скибо, Н.В.Горюнова, О.В.Сиддиқов, Г.А.Юрлова, Н.В. Бедарёва ва дигарон дар кафедра фаъолият доштанд. Бо сабаби қушодашавии факултетҳои нав воҳидҳои қорӣ низ зиёд шуданд: 12 нафарро ҳайати устодон ва 7 воҳиди боқимондари кормандони таълимӣ – ёридиҳанда ташкил меод. Дар оянда ҳайати устодон аз шумораи хатмкунандагони донишкада пурра гардид. Инҳо Ш.М.Бадалова, Х.Ш.Идиева, н.и.т А.С. Балзанов, Т А Гусарева, А.А. Раҳматуллоев, Дж.Х. Харисова, лаб.қалон Р.А. Никитина, А. Х. Раҳматуллоев буданд.

Профессор И.Ю. Юлдашев дар ҷодаи илм роҳи дурударозеро тай намуда, аз донишҷӯ то дараҷаи профессорӣ (1991) ва сардори шуъбаи таълими ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино расида буд. Ў педагоги ботачриба, олими пурқор ва тадқиқотчии нозуқбин ва муаллифи зиёда аз 70 қорҳои илмӣ мебошад. Хизматҳои профессор И.Ю. Юлдашев дар тайёр намудани кадрҳои тиббӣ хеле қалон аст. Бо қарори комитети иҷроияи вилояти Ленинободи ҶТ (ҳозира вилояти Суғд) соли 1996 Беморхонаи марказии н.Ҷонҷӣ номи И.Ю. Юлдашевро гирифт ва дар он ҷо нимпайкараи ў гузошта шуд.

С.С. Қурбонов хатмкунандаи ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино факултети педиатрӣ (1974) ва солҳои 1974-1981 ассистенти кафедраи мазкур, соли 1981 номзади илми тиб, дотсент (1992), декани факултети фармасевтӣ (1996-2005), мудири кафедраи гистология (2004-2006), муовини аввали Ректори ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино оид ба қорҳои таълим (2005-2015), доктори илми тибб (2002), профессор (2007), мудири кафедраи анатомияи одам (2006-2008), профессори фахрии Донишгоҳи давлатии тиббии Қарағанди Ҷумҳурии Қазоқистон (2013) ва донишкадаи давлатии тиббии Бухоро ба номи Абу Али ибн Сино Ҷумҳурии Узбекистон (2019) мебошанд. Тахти роҳбарии профессор С.С.Қурбонов 3 нафар унвонҷӯён рисолаҳои номзадиро дифоъ намуданд (З.К.Хушқадамов, Р.Ҳ.Зокиров, Ҳ.А.Боронов) Онҳо айни ҳол мудири кафедраҳои донишгоҳ мебошанд. Қ.Э.Ашуров аввалин шоғирди профессор Ф.А.Абдурахмонов буда, номзади илми тиб (1978), дотсент (1987-1991), мудири кафедраи анатомияи одами факултаи тиббии ДДХ ба номи академик Б.Ҷафуров ва филиали ДДТТ дар шаҳри Хучанд (1991-2003) мебошанд. Аз соли 2003 инҷониб ҳамчун дотсенти кафедраи анатомияи одами ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино фаъолият менамояд.

Соли 1984 бо сабаби ба ҷойи нав - бинои морфологӣ гузаштани кафедра (шаҳраки Шифобаҳши Қарияи боло) базаи моддӣ – техникаи он хеле беҳтар гардид.

Айни ҳол кафедра дорони синфхонаҳои ҳозиразамон буда, бо техникаи муосир таҷҳизонида шудааст. Инчунин дорони дафтари қорӣ, лаборатория, маҷлисоғу толори лексионӣ барои 100 нафар, таххонаҳои барои нигоҳ доштани таҷҳизоту маҳзарҳои дарсӣ мебошад. Бо қувваи кормандони кафедра ва шоғирдон-

донишчӯён осорхонаи махсуси анатомӣ омода шудааст, ки боиси ифтихори устодони кафедраи анатомияи одам мебошад.

Ҳайати кафедра ба мувофиқкунони ва махсусгардони раванди таълим ва ороиши эстетикӣ кафедра диққати махсус медиҳанд. Аз оғози соли 1990 омӯзиши фанни анатомия бо ду забон (тоҷикӣ ва русӣ) ба донишчӯёни факултетҳои муолиҷавӣ, педиатрӣ, стоматологӣ, тиббӣ – профилакти дар тӯли се семестри аввал, ба донишчӯёни факултети фарматсевтӣ бошад, дар семестри якум ва дуҷуми соли таълим гузаронида мешавад. Айни ҳол лексияҳо ва дарсҳои амалӣ дар ҳамаи факултетҳо бо забонҳои тоҷикӣ, русӣ ва англисӣ гузаронида мешаванд. Кафедра бо таблитсаҳои таълимӣ, инчунин муляжҳо, планшетҳо, мустаҳзарҳои хушқу тар ва часадҳои синнусолии гуногун таъмин аст.

Барои баланд бардоштани сифати дарсҳои амалӣ дастурҳои методӣ ва дастурҳои таълимӣ истифода мешавад. Оид ба ҳама бобҳои фанни анатомияи одам коркардҳои методии дарсҳои амалӣ барои донишчӯёни факултетҳои тиббӣ, педиатрӣ, стоматологӣ, фармасевтӣ ва факултети НТЧ таҳия ва нашр карда шудаанд. Дастоварди калон дар тақмили омӯзиши анатомия бо забони давлатӣ (тоҷикӣ) нашри дастури таълимӣ «Анатомияи одам» ба забони тоҷикӣ дар соли 1993 буд, ки аз 3 қисм иборат буда, ба системаи така ва ҳаракат бахшида шудааст (муаллиф: Я. А. Раҳимов, Л. Е. Этинген, А. Н. Каҳаров, М. У. Усманов). Воқеаи муҳими дигар нашри 2 ҷилди китоби «Анатомияи одам» ба забони тоҷикӣ дар солҳои 1995 ва 1997 ба ҳисоб меравад, ки муаллифи он проф. Ф. А. Абдурахмонов, инчунин нашри китоби дигари «Анатомияи одам» ҷилди 1-ум, ба забони тоҷикӣ дар соли 1997 (муаллиф: А. А. Аҳмедов, М. К. Рофиев, М. У. Усманов, А. Н. Каҳаров) мебошанд. Қайд кардан зарур аст, ки дар натиҷаи озмуни Вазорати тандурустии ҚТ ва Ҷамъияти «Бунёди Оли Сомон» дар солҳои 1996 – 1997 байни китобҳои ба забони тоҷикӣ нашршуда, китоби 2-ҷилдаи проф. Ф. А. Абдурахмонов «Анатомияи одам» ҷойи аввалро ишғол намуд, муаллифи он сазовори мукофот ва ифтихорномаҳои фахрии Вазорати тандурустии ҚТ, Ҷамъияти «Бунёди Оли Сомон» (1996, 1998) гардид. Ин китоб дар натиҷаи конкурси «Китоби беҳтарини сол», ки аз ҷониби Вазорати фарҳанги ҚТ дар соли 1998 гузаронида шуд. Муаллиф – проф. Ф. А. Абдурахмонов сазовори мукофот ва роҳхати имтиёзнок барои осоишгоҳ гардид.

Дар кафедраи анатомияи одам маҳфили донишчӯён – ҚИД фаъолият менамояд. Дар он ҳамаи устодон ва донишчӯён иштирок менамояд. Ба узвияти ҚИД донишчӯёни болаёқат ва моил ба илм рағбатдошта ҷалб карда мешаванд. Фаъолияти эҷодии аъзоёни маҳфил дар чорҷубаи мавзӯи илмии кафедра амал менамояд. Намоишҳои девори мустаҳзарҳои осорхонавӣ, ки аъзоёни маҳфил тайёр намудаанд, дар НДХХ ш. Душанбе намоиш дода шуда, бо мукофотҳо арзёбӣ гардидаанд. Маърузаҳои ҚИД дар конференсияҳои солонаи илмии донишчӯён бо ифтихорномаҳои фахрӣ ва тухфаҳои арзанда мукофотонида шудаанд.

Фаъолияти илмии кафедра дар солҳои 40–ум ва 50–ум бо омӯзиши дастгоҳи пайвандакӣ бандҳо, тағйироти мутобикӣ маҳбалҳои синовиявӣ андомҳои одам ва ҳайвоноти муҳрадор алоқаманд буд (В. Г. Украинский ва диг.), Я. А. Раҳимов морфологияи синнусолии қазираҷаи Рейлеви мағзи сари одам ва Ф. А. Абдурахмонов – Хунтаъминкунии артериявӣ ядроӣ сурхи мағзи сари одам ва ғадуди ҷалғузашакл (эпифиз)-ро омӯхтаанд. Б. М. Эрез тадқиқоти анатомияи муқоисавӣ иннерватсияи дил ва баъзе узвҳои дохилиро анҷом додаст. Дар солҳои 60–ум ва 70–ум самти асосии тадқиқотҳои илмии кафедра омӯзиши морфологияи рағҳои хунгард ва мабдаҳои лимфавӣ узвҳои дохилии гуногуни одам ва ҳайвонот хангоми таъсири шароитҳои ногувор ба организм буда, натиҷаҳои бадастомада дар панҷ монография ва шаш маҷмӯаи қорҳои илмии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино инъикос ёфтаанд. Дар солҳои оянда морфологияи рағҳои хунгард ва мабдаҳои лимфавӣ пардаҳои серозӣ ва баъзе узвҳои дохилӣ дар меъёр ва таҷриба (перитонит, плеврит, перикардит ва дигар.) дар шароити водӣ ва баландкӯҳ, инчунин таъсири омилҳои ногувор ба сохт ва функцияи узвҳои дохилии одам ва ҳайвонот дар якҷоягӣ бо таҳлилҳои баландкӯҳӣ тадқиқотҳои тиббӣ – биологияи АИ ҚТ таҷриба гузаронида ва омӯхта шудааст. Кормандони кафедра дар ташкил ва гузаронидани 12 экспедиция дар ноҳияҳои баландкӯҳи ҚТ (ағбаи Анзоб, баландии 3372 м аз сатҳи баҳр, Мурғоб – Помири шарқи, баландии 3600 м аз сатҳи баҳр, пуштакӯҳи барфхонавӣ Помир, баландии 4000 – 7000 м аз сатҳи баҳр) саҳм гузоштаанд. Дар солҳои охир ба масъалаҳои морфологияи аз нав бунёдшавӣ рағу бофтавӣ баъзе узвҳои дохилӣ ва пардаҳои серозӣ дар шароитҳои мутобикшавӣ организми ҳайвонот ба омилҳои экологии муҳити атроф омӯхта мешаванд. Натиҷаи тадқиқотҳои илмӣ дар ҳаҷми шаш монография, зиёда аз 40 рисолаҳои докторӣ ва номзадӣ, зиёда аз 1000 мақолаҳои илмӣ ва пешниҳодҳои ратсионализаторӣ инъикос ёфтаанд.

Бо ташаббус ва иштироки бевоситаи кормандони кафедра конференсияи илмии 2-юми морфологҳои Осиёи Миёна ва Қазоқистон (1968), симпозиуми 1-уми ҷумҳуриявӣ «Адаптация макро- и микроскопическая анатомия» (1981), анҷумани 1-уми морфологҳои Тоҷикистон (1985), конференсияи илмии солонаи ДДТТ бахшида ба 80 –солагии зодрӯзи проф. Я. А. Раҳимов дар мавзӯи «Актуальные вопросы теоретической и практической медицины» (1996) гузаронида шуд. Кормандони кафедра дар қорҳои зерини илмӣ иштирок кардаанд: қори Конгресси байналмилалӣ IX ва X–уми анатомҳо (1970), Конгресси миллии VII –ми АГЭ БҲР, анҷуманҳо, конференсияҳо ва симпозиумҳои байналмилалӣ ва ҷумҳуриявӣ АГЭ.

Саҳми академикҳои руси шуравӣ профессорон В. Н. Терновский, Жданов Д. А., Куприянов В. В., М. Р. Салин., Д. Б. Никитюк дар омода намудани қорҳои илмӣ кафедра дар солҳои гуногун хеле бузург аст. Қорҳои илмӣ таълимӣ кафедра бо ҷоизаҳои давлатии Руссия ва ҚТ кадр карда шудааст.

Бо қабул намудани Қонуни забон аз соли 1990 дар байни кафедраҳои Донишгоҳи тиббӣ яке аз аввалин кафедраҳо, ки дарсҳо ба забони давлатӣ ва русӣ ба роҳ мондааст, ин кафедраи анатомияи одам мебошад. Боиси ифтихор аст, ки аз соли 2006 дарсҳои анатомияи одам барои донишчӯёни хориҷӣ ва ватанӣ бо забони англисӣ низ гузаронида мешаванд.

Солҳои охир барои омӯзиши морфологияи рағҳою бофтаҳо дар ҳолатҳои бозсозии баъзе узвҳои дохилӣ, пардаҳои серозӣ дар шароити мутобикшавӣ организми ҳайвонот вобаста ба омилҳои берунӣ экологӣ диққати махсус дода мешавад. Кормандони кафедра тайи солҳои фаъолиятшон зиёда аз 8100 қорҳои

илмӣ, монография, 28 китоби дарсӣ, дастуралалҳои таълимию методӣ зиёда аз 300, 22 пешниҳодҳои раціонализаторӣ, унвонҷуёни кафедра 18 докторӣ, 46 рисолаи номзадиро дифоъ намудаанд.

Лексияҳои тарикӣ мултимедиа гузаронида мешавад, ки ин яке аз навоариҳои дар раванди таълими солҳои охир ба ҳисоб меравад. Дар кафедра китобхонаи мултимедӣ ва 3 «Д» вучуд дорад, ки устодон ва дошкӯён аз он истифода мебаранд.

Бояд қайд намуд, ки аз солҳои 2008-2009 кафедраи забони лотинӣ бо кафедраи анатомияи одам дар якҷоягӣ фаъолият мекунад.

Кафедраи забони лотинӣ аз соли 1985 ба фаъолият оғоз кард, ки мудири кафедра Н.Н. Абдулов буд. Дар кафедра муаллимони калон В.Л.Билич, Е.В. Мещерякова, П.Я. Гринберг, Л.М.Кравцова, Л.Г. Ерёмина, Т.А. Сидиков; омӯзгорон И.Я. Рахмонова, Л.Г. Морозова кор мекарданд. Таи солҳои сипаришуда шахсонӣ зерин: (аз соли 1994 то 1997) н.и.ф. Л.З.Саломатшоева, (солҳои 1997-2002) М.Х. Каримова, (с. 2002 – 2003) Е.В. Мещерякова, (солҳои 2003-2005) н.и.т., дотсент Х.М. Мирзоев, (аз с. 2005 то 2006) Ю.С.Собиров, (аз с.2006 то 2007) М.А.Назарова фаъолият намудаанд, аз с. 2007 то 2008 - З.К. Махмудова мудири кафедраи забони лотинӣ буд. Бояд қайд кард, ки аз сентябри соли 2017 фанни забони лотинӣ ба кафедраи забонҳои хориҷӣ ҳамроҳ карда шуд. Аз моҳи сентябри соли қорӣ фанни мазкур ба кафедраи анатомияи одам ҳамроҳ шуда, кафедраи анатомияи одам ва истилоҳоти тиббии лотинии ба номи Я.А. Раҳимов номгузорӣ карда шуд.

Дар айни замон кормандони кафедра дар мавзӯи илмии зерин тадқиқотҳои илмӣ бурда истодаанд: «Морфологияи тағйирёбии рағу бофтаҳо, ғадудҳо ва сохторҳои лимфоидии узвҳои дарунии одам дар онтогенез ва ҳайвонҳои таҷрибавӣ ҳангоми таъсири ҳар гуна омилҳои гуногуни беруна»

Зокиров Раҳматулло Ҳомидович соли 1995 факултети педиатрии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯали ибни Синоро бо тахассуси «Педиатр» хатм кардааст. Баъди хатми донишгоҳ аз соли 1995-2010 дар кафедраи анатомияи одам ба номи д.и.т., профессор Раҳимов Я.А. ба ҳайси ассистенти кафедраи мазкур кор ва фаъолият намудааст. Корҳои илмиро дар мавзӯи «Азнавсозии морфологияи ва морфометрии мутобикшавии гурдаҳо дар шароити баландкӯҳ» пеш бурда, соли 2006 рисолаи номзодиашро бо муваффақият дифоъ намудааст.

Аз соли 2008 то соли 2012 аъзои Ассотсиатсияи морфологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад.

Зокиров Р.Ҳ. аз соли 2010- 2018 ба ҳайси мудири кафедраи анатомияи топографӣ ва амалиёти ҷарроҳӣ ва аз соли 2013-2018 вазифаи декани факултети ҷарроҳии ДТБКСТҶТ фаъолият намудааст.

Ҳайати имрӯзаи аъзоёни кафедраи Зокиров Р.Ҳ. мудири кафедра н.и.т., профессорон Ф.А. Абдурахмонов, С.С. Курбонов, С.Т. Ибодов, О.Т. Девонаев, дотсентҳо К.Э. Ашуров, Мирзоев Х.М., н.и.т. К.Х. Дадабаева, муаллимони калон: Ҳ.А. Фатхуллаева, Н.Р. Саломзода, И.А. Давлатов, Т.В.Казачёк, М.Қ. Муродова; ассистентҳо А.Н.Ҳоҷаев, С.Н. Ҳамидова, М.Ф. Менликулов, С.М.Тулаганова, Р.Ҳ.Файзиев, Ф.Р. Қодирова, Абдулғанӣ Шаҳноза, Ф.Б.Маҳмадиев, Ҷ.М.Акрамов, С.Ҳ. Ҳоҷаева, Ш.Қ.Азизова; омӯзгорон И.Ҷ. Исабаева, С.М. Ҳоҷаева, С.Қ. Муродова, М.Ю. Холматова, Г.С. Чумаева, У.И. Асомова ташкил медиҳанд, ки бо усулҳои нави таълим қору фаъолият доранд.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ ТГМУ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО ТАДЖИКИСТАН

Ахмедов Д.А., Давлатзода Б.Х. Раҳимов Н.Г., Қуватов Ш.К.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Анестезиология и реаниматология молодая, быстро развивающаяся и совершенствующаяся, вполне самостоятельная наука. Несмотря на свой молодой возраст она внесла большой вклад в развитие медицинской науки в целом.

Развитию анестезиологической и реаниматологической науки и службы в нашей республике способствовали открытие курса анестезиологии в 1971 году и реорганизация его на кафедру анестезиологии и реаниматологии в 1974 году, инициатором и руководителем которой был доктор медицинских наук, профессор Мухтар Кадырович Муродов. Первыми ассистентами кафедры были к.м.н., в последующем д.м.н. А.В. Вохидов, к.м.н. В.И. Фисечко, к.м.н. С.П. Езеев, к.м.н. Д.А. Ахмедов, к.м.н. Д.Б. Хамидов, которые под руководством М.К. Муродова (1971 – 1996) внесли большой вклад в развитие анестезиологии и реаниматологии.

Сотрудники кафедры с самого начала своей деятельности внесли огромный вклад в подготовку высококвалифицированных врачей анестезиологов и реаниматологов, в которых остро нуждались лечебные учреждения нашей республики. На кафедре планомерно велась подготовка врачей анестезиологов и реаниматологов, вполне профессионально ориентирующихся в вопросах обезболивания, реанимации интенсивной терапии на современном уровне. Преподавание предмета велось на всех факультетах, чтобы обучить будущих врачей всех специальностей оказанию первой помощи и интенсивной терапии при критических состояниях.

По инициативе сотрудников кафедры в республике в 1973 году было организовано научно-практическое общество анестезиологов и реаниматологов. Оно систематически проводит заседания, на которых обсуждаются последние достижения науки, заслушиваются доклады по актуальным вопросам обезболивания и интенсивной терапии, проводится предварительная апробация диссертаций, анализируются деятельность реанимационных отделений, причины осложнений, возникающих у больных во время и после оперативных вмешательств, демонстрируются особо сложные случаи в реанимации и интенсивной терапии.

На кафедре достаточно широко ведется научно – исследовательская работа, касательно вопросов диагностики, профилактического и биохимического обоснования интенсивной терапии и коррекции нарушений гомеостаза.

В 1970 – 1980 годы на кафедре были выполнены и защищены ряд диссертационных работ (А.А. Лебедев, В.И. Фисечко, Н.М. Шкляр, А.В. Вохидов, С.П. Езеев) по диагностике, профилактике и лечению дыхательной недостаточности у хирургических больных.

В 1980 – 1987 гг. сотрудниками кафедры проводились научные исследования по разработке проблем диагностики и интенсивной терапии астматического статуса. Этой проблеме были посвящены диссертационные работы Р.М. Эркаева, Ю.Н. Бадридинова, Д.А. Ахмедова, И.Ф. Давронова, Д.Б. Хамидова, А.А. Аминова. Этой же проблеме были посвящены монографии М.К. Муродова: «Интенсивная терапия астматических состояний», «Гелиокс в интенсивной терапии дыхательной недостаточности», «Диагностика и лечение милиарного ателектаза легких», «Ошибки и опасности лечения астматического статуса». Наряду с этим были выпущены учебные пособия для студентов и широкого круга читателей «Асрори кушодани банди аял», ряд методических рекомендаций в соавторстве с сотрудниками кафедры.

Впервые в Таджикской ССР на кафедре с 1979 года начали заниматься изучением негазообменных функций лёгких у терминальных больных с акушерско-гинекологическими заболеваниями, осложнёнными острой почечной недостаточностью, тяжёлой черепно – мозговой травмой, респираторным дистресс – синдромом взрослых и септических больных. Результаты исследований, разработка диагностики, профилактики и коррекции нарушений негазообменной функции лёгких позволили снизить летальность среди больных. Этой проблеме были посвящены диссертационные работы М.Г. Шаропова, Д.А. Шамсиева, З.Ф. Тагожонова, А.В. Вохидова.

Результатом совместной с другими кафедрами научно - исследовательской работой являются диссертации Х.К. Нурмухамедова, Р.Р. Рофиева, Т.А. Абдуфатовая, которые посвящены лечению ожоговых больных и хирургических заболеваний лёгких у детей. В течение последних 15 лет сотрудники кафедры активно занимались внедрением современных методов детоксикации: гемодиализ, гемосорбция, изолированная ультрафильтрация и УФО крови, которые успешно применяются в лечении терминальных состояний.

Совместно с сотрудниками НИИ химии АН РТ на кафедре под руководством М.К. Муродова был разработан и внедрён в практику новый гидрогелевый гемодиализ, благодаря чему д.м.н., профессор М.К. Муродов был удостоен Государственной премии имени Абуали ибни Сино. За время деятельности кафедры защищено более 20 кандидатских и 3 докторских диссертаций, опубликовано более 500 научных работ, из них 6 монографий, 3 учебных пособия, выпущено 6 методических рекомендаций, сделаны несколько десятков рацпредложений.

Сотрудники кафедры являются постоянными участниками международных, региональных и республиканских форумов. При активном участии сотрудников кафедры в нашей республике проведены Первая (1978) и Вторая (1987) Республиканские конференции анестезиологов и реаниматологов.

Кафедру с 1997 года возглавляет к.м.н. Д.А.Ахмедов. Под его руководством ведется учебно – методическая, лечебно – консультативная и научно – исследовательская работа по теме «Интенсивная терапия и реанимация терминальных состояний при тяжёлой сочетанной черепно – мозговой травме». Выполняются диссертационные работы. До настоящего времени заведующим и сотрудниками кафедры выпущены следующие учебные пособия:

1. Интенсивная терапия и реанимация при терминальных состояниях.
2. Интенсивная терапия и реанимация при критических состояниях.
3. Нарушения водно –электролитного обмена и их коррекция.
4. Общее обезболивание.
5. Частная анестезиология.
6. Асосьой анестезиология ва реаниматсия (Душанбе 2010, 237с)
7. Беъискунии лъузъи (Душанбе 2011, 236с)

и 4 методических рекомендации:

1. Интенсивная терапия и реанимация в акушерстве (Душанбе 2011, 26 стр.)
2. Интенсивная терапия и реанимация судорог и эпилептического статуса (Душанбе 2011, 32 стр.)
3. Методы коррекции водно – электролитного баланса и кислотно – щелочного состояния (Душанбе 2011, 36 стр.)
4. Интенсивная терапия и реанимация при инсультах (Душанбе 2012, 30 стр.)

Научно – методическая работа кафедры

Исследовательская работа кафедры проводится на базе Национального медицинского центра Республики Таджикистан (НМЦ РТ). Сотрудниками кафедры и клиническими ординаторами проводится научно-исследовательская работа и по ее результатам публикуются статьи и тезисы в различных научных изданиях. Кроме того, сотрудники кафедры и клинические ординаторы принимают активное участие в работе научно – практических конференций и съездов республиканского масштаба.

Основные научные направления кафедры на 2013 – 2014 уч. год.

Тема: «Коррекция гомеостаза при тяжелых черепно – мозговых травмах».

Актуальность. Пострадавшие с черепно – мозговой травмой, сочетающейся с другими повреждениями, представляют наиболее сложный контингент больных в отношении как диагностики, так и лечения. При сочетанной травме внечерепные повреждения существенно влияют на патогенетические особенности черепно-мозговой травмы, усугубляют состояние пострадавшего вследствие большой кровопотери и развития шока. Гипоксия, гиперкапния, нарушение мозгового кровообращения и большая кровопотеря приводят к выраженному нарушению функции головного мозга и центральному угнетению дыхания, вследствие чего развивается неспецифическое поражение легкого- шокое легкое (ШК), приводящее к развитию острой дыхательной недостаточности (ОДН) у больных с тяжелой сочетанной травмой. Это отмечается у 20 – 30 % больных, перенесших тяжелую стадию шока

(В.А. Неговский, А.М. Гуревич, 1979г.; Г.Г. Радзивил, А.М. Мусарев, 1980г.). По данным многих авторов (В.Л. Кассиль, 1981г., Е. Колесникова, 1992г.), у пострадавших с сочетанной травмой и кровопотерей «ШЛ» в зависимости от стадии является довольно частой причиной смерти после успешной реанимации и колеблется от 20 – 90% .

Ожидается, что анализ вышеуказанных результатов исследований даст возможность выработать тактику интенсивной терапии и уменьшить уровень летальности у этой категории больных.

Достижения кафедры за период 2000 – 2010 годов

Сотрудниками кафедры опубликованы два учебника на государственном языке:

1. Асосьои анестезиология ва реаниматсия (Душанбе 2010, 237с)
 2. Бёйскунии лъзъи (Душанбе 2011, 236с)
- и 4 методических рекомендации:
1. Интенсивная терапия и реанимация в акушерстве (Душанбе 2011, 26 стр.)
 2. Интенсивная терапия и реанимация судорог и эпилептического статуса (Душанбе 2011, 12 стр.)
 3. Методы коррекции водно – электролитного баланса и кислотно – щелочного состояния (Душанбе 2011, 20 стр.)
 4. Интенсивная терапия и реанимация при инсультах (Душанбе 2012, 30 стр.)
 5. Инфузионно – трансфузионная терапия в анестезиологии и реаниматологии (учебное пособие, 100стр.)
 6. Особенности обезболивания при сопутствующих заболеваниях (учебное пособие, 110стр.)

Кроме того, было опубликовано 75 статей и тезисов в различных научно – исследовательских изданиях Республики Таджикистан.

В настоящее время на кафедре работают:

заведующий кафедрой, к.м.н. Давлатзода Б.Х., к.м.н., профессор Ахмедов Д.А., к.м.н., доцент Хокиров Т.З., учебный ассистент Рахимов Н.Г., хоз. ассистент Куватов Ш.К., по совместительству ассистенты кафедры Кадырова Д.Д., Нуров А.П. и др. Штат кафедры составляют 14,75 ставок.

КАФЕДРА БИОРГАНИЧЕСКОЙ И ФИЗКОЛЛОИДНОЙ ХИМИИ ТГМУ ИМ. АБУАЛИ ИБН СИНО

Зав. кафедрой И.У. Файзилов

Кафедра в 1970 году в момент своей организации имела название кафедры органической и физколлоидной химии. До этого времени химические предметы преподавались на кафедре химических дисциплин, с 1940 г. в структуре которой были такие предметы как общая, аналитическая, органическая и биологическая химия. С 1970 г название кафедры изменялось несколько раз в связи с тем, что изменялись учебные программы и планы, а также структурные подразделения нашего ВУЗа. В разное время кафедра именовалась как органическая и физколлоидная химия, медицинская химия, общая и биорганическая химия, а с 1998 г. до настоящего времени кафедра именуется как биорганическая и физколлоидная химия.

Организатором и первым заведующим кафедрой был д.х.н., профессор Сабилов Султан Сабилович, который руководил ею до 1998 г. Его организаторская способность, стремление к совершенствованию учебного процесса и научной работы позволили создать коллектив кафедры с высоким научно-педагогическим потенциалом. В период руководства кафедрой профессором Сабировым С.С. интенсивная научно-исследовательская деятельность кафедры по теме: «Исследование в области насыщенных и ненасыщенных кислород-, азот- и серосодержащих органических соединений и их фармакологические свойства» способствовала подготовке научно-педагогических кадров на кафедре.

Первая кандидатская диссертация была защищена аспирантом кафедры А.В. Ориповым. В 1975 году первым в истории вузов Таджикистана Сабилов С.С. защитил докторскую диссертацию на тему: «Исследование в области простых эфиров и аминоэфиров, спиртов, гликолей и глицеринов ацетиленового и диацетиленового рядов». В дальнейшем под его руководством были защищены две докторские (А.С. Нарзуллаев, А.В. Гулин) и 9 кандидатских диссертаций (Ф.С. Садриддинов, Т.И. Сверчкова, М.Д. Бабаханова, А.В. Гулин, М.П. Мухамедкулова, Л.М. Гневашева, В.Н. Матвеев, А.А. Абдиразаков, И.У. Файзилов).

По результатам научно-исследовательской работы кафедры в этот период было опубликовано более 300 научных трудов, среди которых 60 авторских свидетельств на изобретения, большинство которых посвящено разработкам новых способов органического синтеза, синтезу новых классов и типов органических соединений. На кафедре синтезировано более 500 новых химических соединений, обладающих различными фармакологическими свойствами, такими как антибактериальным, гипотензивным, противовоспалительным, коронаро-расширяющим, спазмолитическим, желчегонным и др. свойствами. Препарат под названием «Уресултан» принимается в качестве лекарственного препарата, обладающего антибактериальной активностью.

Вспоминая историю кафедры за этот период, нужно отметить тех сотрудников, благодаря которым были достигнуты все ее успехи. Это ее основатель и первый заведующий профессор Сабилов С.С., руководивший кафедрой до последнего дня своей жизни. Видный ученый и педагог за большой вклад в развитие науки и подготовку кадров был отмечен различными почетными званиями (Заслуженный деятель науки и техники, Заслуженный изобретатель, Отличник народного образования), также был награжден Орденом Трудового Красного Знамени. На кафедре в разное время трудились профессор Нарзуллаев А.С., профессор Гулин А.В., доценты Гребенникова А.И., Исмоилов Д.И., Самиев М.С., Тураев О.Д., Газиева М.Т., Мухамедкулова М.П., Тимурова М.Т., Бабаханова М.Д., Сверчкова Т.И., Файзилов И.У., А.А. Абдиразаков, В.М. Матвеев, кандидаты химических наук Исмоилов М.И., Гневашева Л.М., старшие преподаватели Головацкая Д.В., Турсунов М.Н., Негматуллаев Х.Н., Мирзоева Х.Г. и многие другие. Некоторые из них продолжают работать в других местах или находятся на заслуженной пенсии, а некоторые, к сожалению, покинули нас навсегда.

С октября 1998 г. по август 2000 года кафедрой руководила к.х.н., доцент Мухамедкулова М.П.

С 2000 г по август 2015 года кафедрой заведовал д.х.н., профессор Ходжибаев Ю.Х. Под его руководством выполнены и защищены 2 кандидатские диссертации, он является автором более 100 научных и учебно-методических работ, из которых одна монография, 2 курса лекций, более 10 различных учебно-методических пособий. В научном направлении по синтезу и исследованию свойств конденсированных гетероциклических соединений имидазола 1,3,4-тидиазола и их функциональных производных Ходжибаевым Ю.Х. синтезированы десятки новых, ранее не описанных в литературе, гетероциклических соединений и опубликовано множество научных статей. В этот период сотрудниками кафедры изданы новые курсы лекций по биоорганической химии, новые типовые рабочие программы по всем дисциплинам кафедры, выпущено несколько учебно-методических пособий на таджикском и русском языках, опубликовано более 60 научных статей и тезисов.

С сентября 2015 года по август 2016 г кафедрой заведовал к.х.н., доцент Абдиразоков А.А. С сентября 2016 по настоящее время кафедрой руководит к.х.н., доцент Файзилов И.У. За этот период сотрудниками кафедры опубликовано более 30 научных работ, которые посвящены разработке новых методов органического синтеза, синтезу представителей триолов енинового ряда и их производных, гетероциклических соединений и исследования тонкой структуры полученных соединений с целью выявления влияния структурных факторов на их биологическую активность.

В настоящее время на кафедре работают д.х.н., профессор Ходжибаев Ю.Х., д.х.н., профессор Исобаев М.Д., к.х.н., доценты Абдиразоков А.А. и Шарипова Р.Ё., старшие преподаватели Николаева В.В. и Шарипова К.С., ассистенты Шамсутдинова Ш.С., Меликов Б.Х., Обидов Дж.М. На днях 19 сентября 2019 г ассистентом кафедры Обидовым Дж.М. была успешно защищена кандидатская диссертация.

Основной задачей коллектива кафедры на протяжении ее существования являлось совершенствование учебно-методической деятельности. С целью большей адаптации изучаемых химических дисциплин к концепции общего медицинского образования периодически менялись программы преподавания этих дисциплин и в последние годы преподавание на кафедре проводится с применением кредитной системы образования. В связи с этим сотрудниками кафедры составлена программа по химии для студентов первого курса на русском, таджикском и английском языках в соответствии с государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования. Содержание программы представляет избранный интегрированный курс химии, необходимый для образовательного процесса подготовки медицинских кадров. Сотрудниками кафедры лекционные и практические занятия проводятся с применением принципа профессиональной направленности обучения. На кафедре главными подходами к структурной организации учебного содержания и построения учебного предмета выбраны системно-деятельностный, структурно-функциональный, интегративно-модульный методы.

На кафедре под редакцией заведующего кафедрой Файзилова И.У. составлено методическое руководство к лабораторно-практическим занятиям по химии на русском, таджикском и английском языках для студентов первого курса медицинского, педиатрического, стоматологического факультетов и факультета общественного здравоохранения в соответствии с действующей утвержденной программой по химии с учетом кредитной системы образования, которая одновременно служит путеводителем при самостоятельной работе студентов. Составлены более 2500 тестовых вопросов и задач для проведения промежуточных рейтинговых экзаменационных контролей.

Другая из важнейших задач педагогов – это воспитательная работа. На протяжении многих лет и в настоящее время все преподаватели кафедры проводили и ведут кураторскую работу. Усилия и опыт работы сотрудников кафедры в данной области не пропали даром, т.к. наши многие студенты с теплотой в сердце вспоминают своих первых наставников родного вуза.

Преподаватели кафедры за всю историю существования кафедры руководили работой большого числа студентов научного студенческого общества при кафедре, которые выступали с научными докладами на ежегодных научных студенческих конференциях. Некоторые из этих работ выпускниками фармацевтического факультета были защищены в качестве курсовых и дипломных проектов. В течение многих лет преподаватели кафедры готовили студентов к участию в Республиканских и международных студенческих олимпиадах по химии, в итоге, наши студенты многократно занимали первые и вторые места.

80-летие университета сотрудники кафедры встречают с чувством глубокого достоинства и радости, продолжая ее лучшие традиции, постоянно повышая уровень научно-педагогической и воспитательной работы.

Коллектив сотрудников кафедры тепло и искренне поздравляет с 80-летним юбилеем ТГМУ им. Абуали ибни Сино, весь научно-педагогический коллектив нашего родного университета и желает всем крепкого здоровья, больших успехов их научно-педагогической деятельности, счастья и самого прекрасного в жизни.

КАФЕДРА МЕДИЦИНСКОЙ БИОЛОГИИ С ОСНОВАМИ ГЕНЕТИКИ

(Заведующий кафедрой доцент Холбеков М.Ё)

Кафедра медицинской биологии с основами генетики была создана в 1939 году. Первым её заведующим был доцент В.Г.Остроумов. В трудных условиях военного и послевоенного периода В.Г.Остроумов проявил себя не только как прекрасный педагог, но и как талантливый учёный, руководитель. Кроме педагогической деятельности, В.Г. Остроумов занимался и научно-исследовательской работой. Им были опубликованы научные статьи: «Опыт применения гравидана при некоторых экспериментальных инфекциях» (1941); «К вопросу о протозойной фауне кишечника при хронической дизентерии» (1946); «Материалы к вопросу об идентичности видов *Balantidium Suis* и *B. coli*» (1946).

С 1950 по 1953г. кафедрой заведовал кандидат биологических наук М.Н. Нарзикулов, впоследствии академик АН Таджикистана, директор Института зоологии и паразитологии, вице – президент АН РТ.

С 1953 по 1973 год зав. кафедрой была доцент, полковник медицинской службы Александра Ивановна Щуренкова. Приехав в республику вместе с академиком Е.Н. Павловским для борьбы с тропическими болезнями, она навсегда осталась работать здесь. За период своей деятельности в медицинском институте А.И. Щуренкова, наряду с педагогической, занималась научно-исследовательской работой. Ею опубликовано более 30 статей, большинство из которых посвящено вопросам медицинской паразитологии: «О водном лептоспирозе» (1956); «Токсоплазмоз и перспективы его изучения» (1957); «О патогенности кишечных простейших» (1957); «Об иммунитете при аскаридозе» (1958); «К методике массовых обследований населения на гельминтозы» (1960) и др.

В последующие годы с введением курса общей генетики и биологии, на кафедре была организована лаборатория, в которой проводились цитогенетические исследования на основе клинического материала, и в которой были освоены иммунологические методики. Результатом успешной работы в этом направлении явилось выполнение и защита двух кандидатских диссертаций сотрудниками кафедры – Сайгафаровым Т.К. и Польским В.И. под руководством А.И. Щуренковой. Также в этой лаборатории были получены цитогенетические данные для диссертационных работ сотрудников других кафедр ТГМУ.

1973-1993 г.г. кафедру возглавляла доктор биологических наук, профессор Лола Исмаиловна Исмаилова. В период руководства кафедрой А.И. Щуренковой и Л.И. Исмаиловой преподавателями работали преданные своему делу люди, такие как: Ростовщиков С.А., Мансурова М.М., Олимбаева М.О., Польский В.И., Урунова Л.Х., Гаджей Е.Ф., Пилосов Р.А., Сайгафаров Т.К., Назаров М.Н., Бахромов А.М., Давлатшоев М.Д., Музаффарова З.В., Чуватова Т.Г., Даниярова М.М., Гафурова В.Л., Ли Ю.С., Майюсупов М.М., Бурханова З.У., и другие. Некоторые из них работают и сейчас.

В 1988 году кафедра была разделена на две – кафедру биологии лечебного и стоматологического факультетов (зав. – профессор Л.И. Исмаилова) и кафедру биологии педиатрического и фармацевтического факультетов (зав. – профессор Н.Б. Бердиев).

В 1994 году вновь произошло объединение кафедр, и заведующим кафедрой был избран профессор Н.Б. Бердиев, который руководил кафедрой до августа 2008г.

С 2005 года на кафедре был введен новый предмет – Концепция современного естествознания. В 2006 году издан учебник «Биология» на русском языке, в 2008 было издано второе издание на русском и таджикском языках (авторы профессор Бердиев Н.Б. и доцент Гафурова В.Л.).

С сентября 2008 года кафедру возглавляет доцент Холбегов М.Ё.

За период деятельности Холбегова М.Ё. на кафедре была проделана следующая работа:

- сданы в печать учебник **«Биология» на таджикском языке** - (авторы Бердыев Н.Б. и Гафурова В.Л.), **«Биология тибби»** (авторы Бахромов А.М. и Бурханова З.У. Учебник для медицинских колледжей и медучилищ) **«Концепция современного естествознания»** на русском и таджикском языках (авторы Холбегов М.Ё. и др.), **«География Таджикистана с основами демографии»** на русском и таджикском языках (авторы Холбегов М.Ё. и др.), методические разработки для проведения лабораторных и практических занятий на русском и таджикском языке; тестовые вопросы к экзамену по биологии с основами генетики для студентов 1-го курса медицинского университета (на таджикском, русском и английском языках); также для поступающих в медицинский университет издано 2 сборника с тестовыми заданиями на русском и таджикском языках, издан биологический словарь терминов на русском, таджикском, английском и дари (авторы Бахромов А.М. и др.).

В 2014 сданы в печать учебник **«Биология» на таджикском языке** для поступающих в высшие учебные заведения и учащихся средних школ (авторы Холбегов М.Ё. и др.), и в 2018г сдан в печать учебник **«Биология тибби» на таджикском языке** (авторы Холбегов М.Ё.).

- были защищены диссертационные работы Каримова И.С. и Чориевым С.А. Соискатели кафедры Шахсуфбекова О.М. и Ризоева О.А. получили допуск к защите кандидатской диссертации.

Под руководством заведующего кафедрой М.Ё. Холбегова в 2019 г свои кандидатские диссертации защитили соискатели Устоев Б.Р. и Зафаров Х.А.

Результатом научно- исследовательской работы сотрудников кафедры за 2014-2019г является 123 научных труда (77 статьи и 46 тезисов, из которых-29 статей и 12 тезисов опубликовано за пределами республики) и две монографии. А также в этот период опубликованы 32 статьи в журналах ВАК РФ и РТ.

Ежегодно студенты ТГМУ под руководством сотрудников кафедры участвуют и занимают призовые места на межвузовских олимпиадах по биологии.

Научные исследования сотрудников кафедры были посвящены темам **«Изучение генетических и демографических показателей населения Республики Таджикистан» (2011-2016)**, а в настоящее время- **«Противопаразитарные препараты: определение эффективности и их влияние на физиологические функции организма человека и животных» на 2018–2022** годы.

В настоящее время на кафедре работают: Зав. кафедрой, доцент Холбегов М.Ё., профессор Разыков Ш.Ш., д.б.н., доцент Иргашева Г.Н., доцент Азимова Г.Н., доцент Каримова И.С., старшие преподаватели Шахсуфбекова Н.Н., Бурханова З.У., ассистенты к.б.н. Курбонова Б.А., к.б.н. Сангинов А.А., к.б.н. Курбонбекова Ш.Ш., Ризоева О.А., Насырова Д.С., Хакимов С.А, Абдуллоев Д.А, старший лаборант Хурматова Р.Х и лаборант кафедры Мирзоева М.М.

ДОСТИЖЕНИЯ КАФЕДРЫ БИОХИМИИ ЗА 80 ЛЕТ

А.М. Сабурова, М.С. Махсудова

ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино», кафедра биохимии

Кафедра биологической химии была организована в сентябре 1940 года.

Её основателем и первым заведующим был кандидат биологических наук Виталий Сергеевич Ильин, ранее работавший в Ленинградском медицинском институте.

Ильин В.С. окончил Ленинградский медицинский институт (1927). После окончания института - научный сотрудник лаборатории экспериментальной патологии Государственного Естественного института им. Лесгафта. С 1930-1932г ассистент кафедры биохимии Института Физкультуры. С 1933г - заведующий экспериментальной лаборатории института Переливания крови. С 1934года- ассистент кафедры биохимии 1-го Ленинградского медицинского института. В 1939 году призван в ряды Советской армии, участвовал в войне с белофиннами, работал в операционном блоке.

В 1937 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «О механизме противогемолитического и противосвертывающего действия некоторых стабилизаторов крови», с 1940 года заведующий кафедрой биохимии Сталинабадского медицинского института.

Благодаря опыту научно- исследовательской и педагогической работы, а также своей большой энергии и организаторскому таланту, Ильин В.С. сумел организовать и поставить на достаточно высоком уровне педагогическую и научно- исследовательскую работу кафедры.

В 1941-1942 г В.С. Ильин был заместителем ректора по научной части мединститута и одним из организаторов Научного Медицинского общества в Таджикистане. Научные работы Ильина В.С. были посвящены физиологии, патологии нервно- эндокринной регуляции обмена веществ в мышечной ткани и проблемам переливания крови.

За заслуги в деле подготовки молодых специалистов Ильин в 1943г. был награжден Почетной грамотой Верховного совета Тадж. ССР.

В июле 1945 г профессор Ильин В.С., был приглашен на должность руководителя отдела биохимии Института экспериментальной медицины (г. Ленинград) и в 1966 году был избран действительным членом АМН СССР.

С сентября 1945 года по июнь 1948 года кафедрой заведовал профессор Дашкевич Борис Николаевич, курсом биохимии заведовал профессор Раевский Анатолий Сергеевич, С 1948 года до 1952 года кафедрой биохимии заведовала к.м.н. Виллер Генриета Ефремовна.

Курс органической и физикохимии вела кандидат химических наук доцент Герман Эсфирь Яковлевна, ассистентами кафедры биохимии были Яхнина Д.Н., Забозлаева Е.А., Мансурова И.Д.

С мая 1952 до января 1970 года кафедрой биохимии заведовал д.б.н. профессор Эпштейн Яков Абрамович, который до этого руководил аналитико- методической лабораторией института Экспериментальной Медицины (г. Ленинград). Эпштейн Я. А. окончил физико- математический факультет Софийского университета и медицинский факультет Берлинского университета.

В 1925-30г. работал врачом в различных клиниках в Палестине, Германии. С 1932-1933 ординатор хирургического отделения больницы им. Мечникова (г. Ленинград). С 1933 по 1941 заведовал аналитической и методической лабораторией Института экспериментальной медицины. По совместительству с 1936-1941 г – ассистент кафедры физикохимии Санитарно- гигиенического медицинского института.

С 1941- 1945г. участвовал в ВОВ хирургом, награжден орденами «Отечественной войны 2- степени», «Красная Звезда», «За оборону Заполярья, «За победу над Германией».

Под руководством профессора Эпштейна Я.А. кафедра биохимии стала не только базой для обучения студентов биохимии, органической и физикохимии, но и крупным центром научно- исследовательской работы, где получили подготовку практически все биохимики республики, работающие в области медицины или биологии. Кафедра была оснащена современным оборудованием и аппаратурой, что дало возможность проведения научных исследований на соответствующем уровне. На кафедре был четко и методично налажен учебный процесс, введены новые лабораторные работы.

В 1959 г Я.А. Эпштейном было организовано Таджикское отделение Всесоюзного Биохимического общества. Под руководством профессора Я.А.Эпштейна защищены 11 кандидатских диссертаций (Яхнина Д.Н., Мансурова И.Д., Забозлаева Е.А., Касымов Х.Х., Хашимова П.Р., Гребенникова А.Е., Аюбов М.К., Хашимова М.Р., Сабурова А.М., Маркаев Т.Д., Линчевская А.А.).

Научные исследования ассистентов, аспирантов кафедры были посвящены актуальным проблемам функциональной биохимии и патобиохимии слизистой оболочки желудка, патобиохимии печени, (уровню буферных кислот в крови, дезорганизации ферментных систем, сывороточных белков при вирусном гепатите), биохимическим изменениям в мозговой ткани при черепно-мозговой травме. Я. А. Эпштейн принимал активное участие в организации биохимической лаборатории в открывшемся научно- исследовательском институте Краевой Медицины (Института гастроэнтерологии), которую возглавила кандидат медицинских наук, ассистент кафедры И.Д Мансурова.

Ученица Я.А. Эпштейна ассистент кафедры, (1949-1960) Е.А. Забозлаева после защиты диссертации возглавила биохимическую лабораторию в институте Эпидемиологии и гигиены. Профессор Эпштейн автор 180 статей, под его редакцией выпущено 3 сборника статей сотрудников кафедры биохимии:

«Определение электролитов в живом организме», «Некоторые вопросы нормальной и патологической биохимии», «Лекции по патобиохимии».

С 1970 по 1986 г. кафедрой биохимии заведовала кандидат медицинских наук , доцент Яхнина Дора Наумовна. После окончания 2-го Московского медицинского института в 1949 г. была направлена на работу в Та-

джикский Государственный Медицинский Институт, где проработала ассистентом, доцентом, заведующей кафедрой до 1987 года. В 1956 году защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Фосфорный обмен в слизистой желудка».

Начиная с 1955 года на кафедре Д.Н. Яхниной были организованы рабочие места для подготовки врачей-лаборантов биохимиков для лабораторной службы. С 1963 были открыты двух месячные циклы с лекционным курсом, а с 1975 года специализация включена в программу «Клинической лабораторной диагностики» которым руководила доцент Сабурова А.М., а с 1979 года доцент Линева А.А.

Учебным доцентом была к.м.н. Хошимова М.Р., которая на кафедре прошла путь от аспиранта (1963), ассистента (1966г) до доцента (1973). Она была высококвалифицированным специалистом и педагогом, защитила кандидатскую диссертацию (1967г), автор более 70 научных статей и методических пособий. Как главный специалист она оказывала большую консультативную помощь врачам лаборантам г. Душанбе. С 2000-2006г была Ученым секретарем медицинского университета. С 1970 года научно-исследовательская работа кафедры под руководством Д.Н. Яхниной была связана с проблемой, разрабатываемой в Таджикском Государственном Медицинском Институте по теме «Адаптация организма человека и животных к условиям высокогорья». В результате исследований установлено, что изменения в метаболизме печени и мозга при острой и хронической гипоксии обусловлены сдвигами в липидных компонентах мембран, изменениями в активности ряда ферментных систем, активации перекисного окисления липидов.

Выяснение механизмов биохимических изменений при экстремальных условиях имело важное значение для разработки методов предупреждения, возникающих при этих сдвигах, для поиска средств, повышающих резистентность организма и способствующих адаптации.

В качестве фактора, стабилизирующего мембраны исследовано действие α -токоферола (вит.Е), минорного компонента мембраны, ингибитора перекисного окисления липидов. Разработаны дозы по применению α -токоферола как антиоксиданта. Экспериментально и теоретически доказано применение α -токоферола как антиоксиданта при гипоксии, гипотермии, гипертермии и рекомендовано к широкому клиническому применению при заболеваниях связанных с кислородной недостаточностью.

Впервые доцентом Сабуровой А.М. изложен механизм антистрессорного действия α -токоферола. Установлено, что α -токоферол приводит к уменьшению «выброса адреналина надпочечниками, предупреждает образование ПОЛ, увеличивает резистентность организма через активацию синтеза глюкокортикоидов. Даны практические рекомендации по использованию α -токоферола как антиоксиданта в экстремальных условиях.

Важную роль в выяснении влияния α -токоферола на функциональное состояние митохондрий, лизосом, микросом печени и надпочечников при гипоксии имели исследования, проведенные при участии доцента Хашимовой М.Р., доцента Сабуровой А.М., к.м.н. Агабековой И.И., к.м.н. Линчевской Н. Под руководством Д.Н. Яхниной защищены две кандидатские диссертации (М.И. Устимова, А.М. Максимова). Д.Н. Яхнина автор 96 научных статей и методических пособий. В те годы на кафедре работали: доценты Хашимова М.Р., А.М. Сабурова, А.А. Максимова, ассистенты: М.Х. Камилова, М.Я. Кузьмина, Т.И. Сверчкова, Д.В. Головацкая, Е.А. Имамова, Л.М. Гневашева.

В 1982-85г кафедра биохимия была объединена с кафедрой биоорганической химии и должность заведующего кафедрой исполнял профессор Собиров С.С.

В 1987 году кафедры вновь разъединились и кафедрой стала заведовать к.м.н. доцент Сабурова А.М.

В 1999г. ею защищена докторская диссертация на тему «Биохимические механизмы антистрессорного действия α -токоферола». В 2000г. присвоено звание профессора. Под ее руководством защищены 5 кандидатских диссертаций.

Для оптимизации учебного процесса в эти годы были введены некоторые изменения в преподавании (тестовый контроль уровня знаний студентов, решение биохимических кроссвордов и ситуационных задач). Для этого были составлены более 1000 тестовых вопросов.

Кафедра биохимии становится научным консультативным центром, тематикой которой явилось изучение процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защитной системы (АОЗ) при различных патологических процессах. Совместно с сотрудниками кафедр: онкологии, дерматовенерологии, акушерство – гинекологии, хирургических болезней №1, №2, детской хирургии, детских болезней ТГМУ проводились исследования ПОЛ, и АОС и использование антиоксидантов при различных патологических процессах.

Согласно современным представлениям, ведущую роль в развитии многих заболеваний принадлежит двум взаимосвязанным процессам: активации свободно – радикального окисления липидов и угнетения различных уровней стройной биоксидантной защиты от высокотоксичных продуктов, которые способны нарушать функцию и структуру любых молекул клеток.

Совместно с сотрудниками кафедры акушерство-гинекологии №2 (проф. Абдурахмоновым М.К., Шукуровой З.Т.) установлено, что при гестозах беременности происходит интенсификация ПОЛ, которая проявляется в повышении МДА и снижении АОС. Наиболее высокий уровень МДА имеет место при преэклампсии и эклампсии. Разработанная (Абдурахманов М.К., Сабурова А.М., Шукурова З.Т.) схема применения антиоксидантного сиропа «МАЗ» в комплексной терапии на 3-4 сутки от начала приема, приводило к улучшению общего состояния, а на 10-е сутки показатели ПОЛ и АОС приближались к норме (патент №1 от 27.07.2004).

У беременных женщин с дефицитом массы тела, совместно с сотрудниками кафедры акушерства – гинекологии №1, (проф. Додхоева М.Ф., Бобоева Х.К) наблюдали дисбаланс в системе перекисного окисления липидов и антиоксидантной защитной системы, свидетельствующее о проявлении окислительного стресса. Применение комплекса мероприятий с включением белкового питания, сиропа «МАЗ» и витаминов Е и С у женщин с дефицитом массы тела способствовало оздоровлению этого контингента и уменьшению частоты рождения детей с малой мас-

сой тела с 30% до 13%. Совместно с сотрудниками Республиканского сердечно – сосудистого центра (проф. Гульмуродов Т.Г., Рахимов Х.Б., Ёдалиева Х.Б.) у больных с врожденными пороками сердца (ВПС) выявлен дисбаланс в системе ПОЛ и АОС, более выраженный у больных с ВПС «синего» типа, чем «бледного» типа. Выявленное повышение содержания пирувата, лактата и активности сукцинатдегидрогеназы свидетельствовали глубококом гипоксическом состоянии.

Включение в послеоперационную комплексную интенсивную терапию антиоксиданта «Реамберин», способствовало снижению интенсивности процессов ПОЛ, восстановлению АОС и снижению частоты легочных осложнений. В настоящее время травмы брюшной полости сопровождаются в 72% случаев острой кровопотерей и шоком. В этих случаях реинфузия крови является идеальным способом ликвидации массивной кровопотери.

Совместно с сотрудниками кафедры хирургических болезней «1 (проф.К.М. Курбанов, Ш.Д. Рахмонов) при исследовании оксидантно – антиоксидантного гемостаза аутокрови брюшной полости выявлено, практически во все сроки наблюдения (от 2 до 12 часов), нарастание оксидантной и снижение антиоксидантной системы, что способствует нарушению всех функций крови. В основе этих нарушений лежит тканевая гипоксия и активация свободнорадикальных процессов. У больных с калькулезным холециститом, сочетающейся с диффузным заболеванием печени (проф. К.М. Курбанов, К.Р. Назирбоев) установлено снижение соотношения дыхательных коферментов, интенсификация свободнорадикального окисления, снижение ферментных и неферментных антиоксидантов.

Наличие установленных биохимических изменений явилось основанием для проведения комплексной медикаментозной терапии с использованием антиоксиданта ремаксоло.

Сукцинат, находящейся в составе ремаксоло, усиливает скорость цикла трикарбоновых кислот, обеспечивает доставку готового НАД, уменьшает проявления жировой дистрофии печени.

Применение фитоантиоксиданта «МАЗ» и «Мексидола» в комплексной терапии эндометрита, после родов и кесарева сечения, приводило к более быстрому невилированию симптомов эндометрита и сокращало сроки пребывания в стационаре. Совместно с сотрудниками кафедры общей хирургии №2 (проф.Абдуллаевым Д.А и Чакаловым) использование метаболитических корректоров Реамберина в сочетании с Мексидолом при термической травме, способствовало уменьшению эндогенной интоксикации, восстановлению АОС, а также снижению реабилитации и пребывания больных в стационаре.

Совместно с сотрудниками кафедры детских болезней (профессор Исмаиловым К.И. и Шариповой М.М.), выявлен дисбаланс в оксидантно- антиоксидантной системы у детей при бронхиальной системе (БА).

У детей с БА во время приступа происходит интенсификация процессов ПОЛ, сопровождающаяся повышенным образованием продуктов ПОЛ (МДА), истощением активности СОД и увеличением содержания сиаловых кислот, что способствует развитию иммуно- воспалительного процесса в бронхиальной системе. Использование Мексидола у больных БА приводило к более раннему устранению основных клинических параклинических проявлений заболеваний в виде устранения приступов удушья, исчезновения хрипов в легких, улучшения показателей ПОЛ и АОС в сыворотке крови.

Совместно с сотрудниками кафедры детской хирургии (проф. Султоновым Ш.Р., Пулатовым Х.К.), исследованы две группы детей с наружными высокими и низкими кишечными свищами. Кишечные свищи чаще формируются после повторных, экстренных вмешательств, когда отмечается тяжёлая степень недостаточности.

Установлено, что в сыворотке крови детей с наружными кишечными свищами повышаются продукты ПОЛ-малоновый диальдегид и снижается мощность антиоксидантной системы (СОД и аскорбиновой кислоты).

Это явилось основанием для профилактики осложнений после хирургических вмешательств, проведения комплекса патогенетически обоснованной медикаментозной терапии с использованием антиоксиданта Реамберина. В результате лечения у больных детей отмечено снижение процессов ПОЛ и нормализация АОС.

У детей с мочекаменной болезнью (уролитиаз), совместно с проф. Султановым Ш.Р., Бабаевым З.А., выявлен оксидантный стресс связанный с активацией ПОЛ и снижением АОС.

Анализ биохимических исследований сыворотки крови после операции детей с мочекаменной болезнью показал, что МДА снижается на 45%, а активность СОД повышается на 74,7%, содержание аскорбиновой кислоты повышается 38,7%.

Мочекаменная болезнь у детей (уролитиаз) разных возрастных групп одна из форм проявления нарушения обмена веществ, которая по прогнозу учёных, будет иметь дальнейшую тенденцию к росту в связи с изменениями в характере и качестве питания детей.

Актуальность проблемы уролитиаза обусловлена и тем, что болезнь диагностируется во всех возрастных группах. Установлено, что важным звеном патогенеза хронического пиелонефрита является деструкция клеточных мембран почечной паренхимы.

Оксидативный стресс, способствующий развитию воспалительного процесса в мочевыводящих путях, активирует клетки, вызывающие экспрессию генов- цитокинов, которые в свою очередь, способствуют нарушению баланса оксидантов, (антиоксидантов), активирующих клетки воспаления, способствующих образованию новых камней. Применение антиоксидантов способствует метафилактическому процессу.

Сотрудники кафедры биохимии совместно с сотрудниками кафедры фармакологии работают над проектом на тему «Изучение и разработка лекарственных препаратов на основе растительного сырья Таджикистана, обладающих антидиабетическими и антиоксидантными свойствами».

На 2016-2020 запланировано проведение скринингового исследования антидиабетических и антиоксидантных свойств гамалы (испанд), травы сиёалаф, листьев айвы, корня и листьев крапивы, изучение гипополипидемических, антиоксидантных свойств экстракта «хушгура».

Совместно с сотрудниками кафедры пропедевтики внутренних болезней и фтизиопульмонологии (проф. Шарипова Х.Ё., У.Ю. Сирожиддинова, ст. преп. Насырджанова Х.Р.) исследовано состояние эндотелия сосудов,

перекисного окисления и антиоксидантной системы при воспалительных заболеваниях лёгких. Выявлено, что более глубокие изменения состояния эндотелия сосудов, ПОЛ и АОС происходят у больных с лекарственно устойчивой формой туберкулёза.

Одним из научных направлений кафедры также является исследование «Фотосинтеза и фотосинтетического метаболизма углерода» над которой работают профессор кафедры, член-корр. АНРТ Джумаев Б.Б. и ассистенты и Хамроева Х.М. и Индираи Абдулсамад.

Исследования, в зависимости от климатических условий (засуха, засоление почвы) фотосинтез и фотосинтетический метаболизм углерода. Выявлено, что в условиях стресса большое количество меченного углерода (C^{14}), накапливается в продуктах (малат, аспаргат), а также в продуктах гликолатного цикла (глицин, серин, гликолат)

Исследования к.б.н., доцента Гулова М.К. и ассистента Норкулова Н.Х. посвящены изучению активности ферментов антиоксидантной системы растений, а также изучению физиолого-биохимических особенностей картофеля в зависимости от фазы развития растений.

Выявлено сравнительно высокое содержание железа в сортах картофеля «Таджикистан» и содержание йода в сортах «Ниллофар».

По результатам научных исследований защищены 5 докторских и 32 кандидатских диссертации.

Изданы 5520 научных статей и тезисов, 8 – монографий, 98 – методических разработок, 5 – изобретений, 12 – рацпредложении 10 – патентов, издан учебник «Биохимия» на государственном языке.

С 2016 года по настоящее время кафедрой заведует к.х.н., доцент Махсудова М.С.

С 2011 года до 2017 года кафедра биохимии проводила обучение студентов на всех факультетах, согласно разработанному положению, по рейтинговой системе (бальной системе).

При наборе соответствующих баллов студент освобождался от сдачи экзамена. Это мотивировало студента лучше заниматься, а преподавателю давало возможность контролировать уровень знаний весь период обучения и подготовить квалифицированных специалистов. С 2017 года обучение проводится по кредитно-модульной системе. Для это составлены учебные программы, силабус, методические разработки для всех факультетов на 3-х языках, для бакалавров на английском языке. Составлены тестовые вопросы для текущего контроля и экзамена, контрольные вопросы для самостоятельной работы. Издан курс лекций по биохимии на государственном и русском языках, методические разработки по биохимии для всех факультетов на трёх языках, учебные пособия по фармацевтической и стоматологической биохимии.

На кафедре функционирует студенческое научно-общество, на котором студенты приобщаются к научной работе, выступают на конференциях с научными докладами.

С 2014 года сотрудники кафедры (профессор Сабурова А.М., доценты Курбанова М.Б., Гулов М.К., старший преподаватель Насырджанова Х.Р) читают лекции и проводят лабораторные работы с курсантами врачами-лаборантами курса «Клинико-лабораторная диагностика» по клинической биохимии.

В настоящее время на кафедре работают: к.х.н., доцент Махсудова М.С. (заведующая кафедрой), профессора Сабурова А.М., Джумаев Б.Б., доценты: Курбанова М.Б., Гулов М.К., старший преподаватель Насырджанова Х.Р., ассистенты Хамроева Х.М., Зоидова М.Т., Ахмедов Ф.С., Шокирзода Ш.А., Тагоев А.П., Индираи Абдулсамад., Алифшоева С.А., Устабаева Н.Х., и совместители : к.б.н Давлатназарова З.Б., к.б.н. Норкулов Н.Х., Турдалиев М.З., Мингбоев Ш.А.

СТАНОВЛЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №3

Зав. кафедрой Мустафакулова Н.И.

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Кафедра внутренних болезней №3 (ранее госпитальная терапия) впервые была открыта в Таджикском государственном медицинском институте имени Абуали ибни Сино в 1942 году. В *разное время кафедру возглавляли* выдающиеся деятели медицинской науки, известные ученые и профессора. С 1942 по 1944г. *заведующим кафедрой* был профессор В.Ю. Иоффе. *Ассистентами на кафедре были* А.З. Гольберг, А.А.Ковалева и А.Я.Львовская. Среди основных направлений научной работы была разработка новых методов диагностики и лечения ревматических заболеваний и геморрагической лихорадки.

В 1944 году кафедру возглавлял доцент М.К. Кульматов. *На кафедре работали ассистентами* Э.З.Ахмедова, З.А.Костенко, Т.М.Лысина, Д.А.Мануйлова. На кафедре выполнялись исследования по проблемам малярии, где было внедрено пункционное исследование внутренних органов. Кульматов М.К. успешно защитил докторскую диссертацию (1950), посвященную клинико-морфолого-функциональным исследованиям селезенки, печени и костного мозга при малярии.

С 1946 по 1948 год *заведующим кафедрой был* профессор П.Н.Степанов. На кафедре работали ассистенты: З.З.Ахмедов, З.А.Костенко, Л.Б.Калан, Т.М.Лысина. *Основным направлением* докторской диссертации П.Н. Стапанова (1944) являлось *изучение* вопросов патогенеза и клиники хронической дизентерии.

На базе железнодорожной больницы г. Сталинабада с 1948 по 1949 гг кафедру возглавлял доцент А.М. Диковский. Ассистентами за этот период работали В.И. Зайцева, А.Г. Пархоменко, Э.С.Касымова, Т.М.Лысина.

Профессор С.Л. Баркаган возглавил кафедру в 1950 по 1953 гг. С ним на кафедре работали ассистенты Х.Х. Мансуров, А.М. Диковский, З.А. Костенко, А.А.Писанова, Я.Д. Ставиский, А.Г. Пархоменко. Ведущим направлением в научных исследованиях были вопросы распространенности, особенности течения гипертонической болезни в жарком климате.

В период 1955-1960гг кафедру возглавлял доцент С.Л. Баркаган. Он занимался вопросами диагностики и коррекции нарушений в системе гемостаза.

С конца 1956 до начала 1957 г. кафедрой заведовал доцент М.Х. Бобоходжаев, ассистентами работали К.А. Хасанова, Я.Д. Ставиский, А.Г. Пархоменко и Н.А. Айдарбекова.

С 1957 по 1974 годы заведовал кафедрой терапии Таджикского медицинского института Х.Х. Мансуров, а с 1959 по 1962 годы - отделом института краевой медицины, переименованного в 1965 году в НИИ Гастроэнтерологии. Он был академиком АНРТ (1978), заслуженным деятелем науки Таджикской ССР (1976), лауреатом Государственной премии им. Абуали ибн Сино (1981), премии им. Е. Н. Павловского АНРТ (2003), д.м.н. (1960), профессором (1961). За этот период ассистентами работали А.А. Писанова, З.А. Костенко, М.Х. Хакзаде, Я.Д. Ставиский и др. Под научным руководством Х.Х. Мансурова выполнены 20 докторских и более 100 кандидатских диссертаций. Х.Х. Мансуров – терапевт широкого профиля. Ему принадлежат более 600 научных работ (в том числе более 10 монографий) по вопросам кардиологии, пульмонологии, гематологии, нефрологии, гепатологии и гастроэнтерологии.

С 1974 по 1990 годы кафедрой заведовал профессор М.Х. Бобоходжаев, заслуженный деятель науки Республики Таджикистан, председатель научных обществ терапевтов и кардиологов республики.

В 1954 г. он защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Клинические и электрокардиографические изменения при гипертонической болезни». В 1964 году защищает диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности терапия на тему: «Клиника хронической урановой интоксикации и изменения некоторых биохимических показателей в сыворотке крови». Под его руководством были защищены 26 кандидатских и 2 докторских диссертаций.

С 1991 г. по 2014г кафедрой заведовал доктор медицинских наук, профессор У.Р. Расулов. Кафедра была размещена на базе специализированных терапевтических отделений РКБ им. А.М. Дьякова и в настоящее время в Государственном учреждении Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш». На кафедре студенты 6 курса проходили различные разделы внутренних *болезней*: пульмонология, кардиология, гастроэнтерология, нефрология, ревматология. С 1992 г. кафедра внутренних болезней №1 была переименована в *кафедру* терапии для субординаторов с курсом военно-полевой терапии. Студенты 4 курса медпрофа и 5 курсов всех факультетов на кафедре проходят обучение по курсу военно-полевой терапии.

За этот период на кафедре работали [д.м.н., доцент Р.М.Аскаророва], д.м.н. Ю.А. Шокиров, к.м.н. М.А. Хашимова, доценты: к.м.н. С.М. Назарова, к.м.н. Г.Б. Ходжиева, к.м.н. М.П. Ганиева, к.м.н. Н.И. Мустафакулова, к.м.н. Ф.И. Ниязов, к.м.н. М.К. Назарова; старшие преподаватели [к.м.н. З.Ф. Джамолов], [к.м.н. Ю.Х. Хотамов], [Л.Г. Голибов.], к.м.н. О.Дж. Рахмонова, З.И. Субханова, Дж.М. Хасанов, С.Х. Гадоев, А.Т. Шамсов, М.М., Шарипов; ассистенты кафедры к.м.н. К.З. Уроков, к.м.н. Р.Д. Джамолова, Н.Х. Бобиева, Ф.Д. Баротова, Д.Х. Икромова, Р.В. Холиков, Ш.Ф. Джалилова, Т.И. Кароматова, Д.Ю. Абдуллаева, [Маюсупова М.М.], Г.Н. Камолова, М.К. Давлатова, старший лаборант Дж.Т. Рахмонов. Под руководством доктора медицинских наук, профессора У.Р. Расулова защищены 4 докторских и 17 кандидатских диссертаций.

Аскаророва Р.М. защитила диссертацию на соискание учёной степени доктора медицинских наук на тему: «Атопическая бронхиальная астма в условиях Таджикистана (особенности клинического течения бронхиальной астмы с множественной сенсибилизацией, диагностики, вопросы терапии)».

Шокиров Ю.А. защитил докторскую диссертацию: «Клинико-морфологические особенности гломерулонефритов у жителей сухого жаркого климата юга Таджикистана».

Проведенные исследования позволили более дифференцированно подходить к диагностике и лечению хронического гломерулонефрита, тем самым уменьшив степень обострения заболеваемости.

Ходжиева Г.Б. (Состояние водно-солевого обмена у здоровых и больных гипертонической болезнью в условиях различных высот проживания, 1992), Рахмонова О.Дж. (Эффективность программной терапии острых лейкозов, совершенствование вспомогательного лечения, 1995), Ганиева М.П. (Состояние свертывающей системы крови при различных формах хронического гломерулонефрита у жителей Таджикистана, 1997), Назарова М.К. (Особенности клинического течения бронхиальной астмы, сочетающейся с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, 2006) и Джамолова Р.Дж. (Особенности клинического течения и функциональных изменений сосудистой системы у больных с бронхиальной астмой, 2010) успешно защитили свои кандидатские диссертации.

Одним из новых направлений в научных исследованиях в области клинической пульмонологии и психологии являлся индивидуальный подход к пониманию болезни. В 2010 г. Мустафакуловой Н.И. была защищена докторская диссертация на тему: «Бронхиальная астма в сочетании с нейродерматозами с учётом типов высшей нервной деятельности».

Результаты научных исследований кафедры неоднократно представлялись на научных форумах: на I Конгрессе медицинских работников РТ (Душанбе, 1997), конференции по анемиям в Синцяньском медицинском институте (КНР, 1997), симпозиуме, посвященном вопросам аллергологии в г. Алматы (1999).

Сотрудниками кафедры за этот период опубликованы более 1200 научных работ, в том числе 20 методических рекомендаций, сборника научных трудов кафедры и 3 монографии. В 2012 году выпущен курс лекций по внутренним болезням на таджикском языке, а также учебник по внутренним болезням на таджикском и русском языке. С 1999 года кафедра разрабатывала тему: «Клинико-функциональные параллели заболеваний сердечно-сосудистых патологий (ССП) при заболеваниях внутренних органов». Целью этого следования явилось изучить клинико-функциональные параллели патологий SSP при заболеваниях внутренних органов, методы терапии и меры профилактики. В результате проведенных исследований разработаны адекватные методы патогенетической терапии и индивидуализированные меры профилактики.

Сотрудники кафедры неоднократно выступали на различных съездах, симпозиумах и на конференциях.

Кафедра постоянно сотрудничает с ведущими организациями и НИИ РФ, Казахстана, Киргизии, КНР и т.д. Труд сотрудников кафедры опубликованы в различных медицинских журналах РФ, Греции, Тайланда, КНР, Казахстана, Чехословакии, Узбекистане и Туркменистана.

С 2009 по 2014 года кафедра проводил НИР по теме: «Особенности клинического течения и лечения заболеваний внутренних органов». С 2015 года по настоящее время зав. каф. внутренних болезней №3 является д.м.н., доцент, врач терапевт высшей категории Мустафакулова Н.И. (основные научные и клинические направления – пульмонология, гематология и общая терапия).

На кафедре работают профессор кафедры У.Р. Расулов (научное направление - гематология, ревматология и общая терапия), *доценты*: Г.Б. Ходжиева (ответственная за научную работу, сфера интересов – гематология и кардиология); М.П. Ганиева (ответственная за учебный процесс, основное научное направление - нефрология), к.м.н. М.К. Назарова (научное направление – пульмонология), к.м.н. Р. Дж. Джамолова (научное направление – пульмонология, ответственная за организацию клинических конференций); *старшие преподаватели*: к.м.н. О.Дж. Рахмонова (научное направление - гематология), С.Х.Гадов (научный интерес – нефрология, ответственный за идейно-воспитательную работу), Ш.М. Шарипов (научный интерес – гематология), Н.М. Бобиева (научное направление – нефрология, ответственная за студенческое научное общество и молодых ученых), Ф. Дж. Баратова (ответственная за лечебную работу, сфера интересов - пульмонология), *ассистенты* – к.м.н. К.З. Ураков (профорг кафедры, научный интерес - гематология), Г.Н. Камолова (асс. и соискатель кафедры, сфера интересов - гематология), Т.И. Кароматова (асс. и соискатель кафедры, научный интерес - гематология), Д.Ю. Абдуллаева (асс. и соискатель кафедры, научное направление - пульмонология), Н.С. Мирзокаримова (асс. и соискатель кафедры, научный интерес - гематология), М. Давлатова (асс. каф., научный интерес - нефрология), Рахмонов Дж. Т. (асс. каф., научное направление - пульмонология).

Учебно-методическая работа является ведущим направлением на кафедре. Основная работа направлена на разработку и обновление рабочих программ учебных дисциплин; разработку и внедрение в учебный процесс новых форм организации учебного процесса, где большое внимание уделяется самостоятельной работе студентов; обеспечение учебного процесса необходимыми учебно-методическими материалами; подготовку учебных пособий, методических рекомендаций. Преподаватели кафедры для повышения эффективности учебного процесса используют современные педагогические технологии, современные мультимедийные средства, семинары, применяют активные и интерактивные методы обучения (ролевые игры, психологические тренинги, мозговые штурмы, круглые столы, проблемные лекции, слайды, комплекты клинических анализов, ситуационных задач, тестовых заданий, компакт — диски, презентации).

На кафедре организованы элективные курсы “Неотложные состояния в клинике внутренних болезней” и “Азбука ЭКГ” для студентов 6 курса медицинского факультета.

Занятия с иностранными студентами проводятся на английском языке. Используется множество современных учебных пособий по терапии, написанных зарубежными авторами и доступных для широких студенческих масс. Электронные варианты таких фундаментальных учебников по терапии как "Harrison's principles of internal medicine", "Davidson's principles and practice of medicine", "Cecil textbook of medicine", "Kumar & Clark clinical medicine" и т.д.

Зав. кафедрой, д.м.н. Мустафакуловой Н.И. за последние 5 лет (2014-2018) опубликованы 4 учебных пособия и 1 монография, она является автором 2 учебников.

В учебном пособии «Алгоритм интерпретации лабораторно-инструментальных методов исследований и неотложных состояний в клинике внутренних болезней» изложена последовательность проведения лабораторных исследований и неотложной помощи при многих клинических состояниях и заболеваниях, освещены теоретические и практические проблемы организации инновационных форм самостоятельной работы студентов в новой образовательной парадигме (умения и навыки; развитие творческих способностей и профессионального мышления, способной к решению теоретических и практических задач).

Одной из основных научных проблем кафедры в данное время являются «Факторы риска, особенности течения клиники и терапии заболеваний внутренних органов с учетом региональных особенностей Республики Таджикистан».

Научные направления кафедры:

- «Особенности течения внебольничной пневмонии в условиях Республики Таджикистан».
- «Интерстициальные заболевания лёгких».
- «Хроническая обструктивная болезнь лёгких»
- «Состояние сердечно-сосудистой системы при острых и хронических лейкозах».
- Особенности течения и терапии различных форм лейкемии»
- «Нейролейкемии».
- «Состояние внутренних органов при хронической почечной недостаточности».

В пределах общей *кафедральной темы* издана монография: Экзогенный аллергический альвеолит в Республике Таджикистан (Мустафакулова Н.И., Султанов А.И., Мирзокаримова Н.И., 2019). В монографии описаны наиболее значимые факторы риска развития экзогенного аллергического альвеолита (ЭАА) в Республике Таджикистан (РТ), установлены ошибки и трудности в диагностике и терапии экзогенного аллергического альвеолита на догоспитальном этапе в РТ.

Под руководством Мустафакуловой Н.И. защищено 3 кандидатских и 2 магистерских диссертации, 5 соискателей проводят НИР. Она – автор 193 научных публикаций, в том числе 73 из перечня ВАК, 4 учебных пособия, 1 монография и 15 учебно-методических рекомендаций.

На кафедре сегодня (2019) остепененность составляет 36,4%, из них 1 профессор, 2 доктора медицинских наук, 6 кандидатов медицинских наук, 1 докторант PhD 2-го года обучения, 2 докторанта соискателя, 5 соискателей кандидата медицинских наук, 19 клинических ординаторов, 6 интернов.

В настоящее время под руководством зав. кафедрой, д.м.н. Мустафакуловой Н.И. сотрудники кафедры работают над научным проектом: «Факторы риска, особенности клинического течения и лечения острых и хронических форм лейкозов с учетом региональных особенностей Республики Таджикистан и внедрены в этой области 3 рационализаторских предложения (2018).

Исследовательская работа научного общества студентов и молодых учёных координируется заведующей кафедрой, доктором медицинских наук, доцентом Н.И. Мустафакуловой. В состав научного общества, наряду со студентами, включены клинические ординаторы, интерны, сотрудники до 35 лет. Основная цель общества – по ходу НИР использовать инновационные технологии, создание логически обоснованной организации учебной деятельности и формирование мотивации у студентов, способствующей будущему специалисту в самостоятельном приобретении знаний и умений, и профессиональном самообразовании.

Согласно утверждённого плана конференции научного общества кафедры проводятся не менее одного раза в месяц в каждом новом потоке студентов. С целью ознакомления и пропаганды для студентов подготовлен стенд, где указаны все достижения научного общества. Лучшие докладчики участвуют на научно-практической конференции молодых учёных и студентов ВУЗ-а. С итогами проведенных конференций можно ознакомиться на сайте ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Сотрудники кафедры постоянно повышают свой профессиональный уровень. Лечебная работа кафедры начинается с утренней конференции, на которой проводится разбор тяжёлых больных, вновь поступивших, находящихся под наблюдением. Отдельно ведется разбор летальных случаев.

Кафедра под руководством д.м.н. Мустафакуловой Н.И. совместно доцентами проводит обходы в профильных отделениях. Все ассистенты кафедры консультируют и ведут больных в гематологическом, нефрологическом и пульмонологическом отделениях.

Кафедра оказывает лечебно-консультативную помощь как во всех отделениях ГУ НМЦ РТ «Шифобахш», так и по линии санавиации по РТ.

Каждый месяц профильные отделения с участием ассистентов кафедры и больничных ординаторов проводят научно - практические конференции. Клинические конференции проводятся для повышения уровня знаний среди студентов, интернов, клинических ординаторов, преподавательского состава и врачей специализированных терапевтических отделений. Ежегодно согласно плану, в месяц 1 раз, ответственные лечебные отделения проводят клинические конференции по актуальным вопросам внутренних болезней.

Кафедра наиболее тесно взаимодействует с вузами России и Казахстана.

Сотрудники кафедры принимают активное участие во всех идейно-воспитательных мероприятиях, проводимых в самой кафедре и в ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Одной из важнейших сторон деятельности кафедры является воспитание молодёжи в духе патриотизма, гуманизма, в том числе соблюдение этики и деонтологии в деятельности будущего врача. Ассистенты кафедры на занятиях, ежедневно, со студентами 5 и 6 курсов медицинского факультета проводят беседы согласно плану идейно-воспитательной работы кафедры. На кафедре широко отмечаются: «День Президента», «День Государственного флага», «День языка», «Вопросы профилактики терроризма и экстремизма», «День независимости Республики Таджикистан», проводятся беседы на темы: соблюдения закона «Об упорядочении традиций, обрядов и торжеств», «Об ответственности родителей за воспитание детей», беседы, воспитывающие серьёзное отношение к обучению, а также национальные праздники. Проводятся лекции, посвященные идеологической и политико-воспитательной работе среди молодёжи кафедры. Сотрудники кафедры активно участвуют в субботниках, в общестроительных и косметических ремонтах больницы.

За многолетний добросовестный труд в системе высшего образования, успешную работу по подготовке высококвалифицированных специалистов для РТ, за большой вклад в дело охраны здоровья народа сотрудникам кафедры присвоены почетные звания и вручены награждения.

Профессору У.Р. Расулову присвоено звание отличника здравоохранения СССР, победителя соц. соревнования СССР, отличника народного образования РТ, заслуженного работника РТ и вручена медаль «Шавкат».

Доктор медицинских наук, доцент Мустафакулова Н.И. Министерством здравоохранения неоднократно награждена почетными грамотами МЗ РТ и ЦК профсоюзов РТ и ей объявлена благодарность (2003 г, 2009 г.), награждена юбилейной медалью 85 – летие Профсоюза работников здравоохранения и социальной защиты Таджикистана (2018).

Доцент Г.Б. Ходжиева и ст. преподаватель З.И. Субхонова награждены нагрудным знаком «Отличника здравоохранения». Двоим сотрудникам к.м.н. доценту кафедры Джамоловой Р. Дж. и к.м.н. Уракову К.З. присвоена премия им. Исмоила Сомони.

Добрую память оставили в истории становления и развития кафедры: академик АНРТ, заслуженный деятель науки Таджикской ССР, лауреат Государственной премии им. Абуали ибн Сино, премии им. Е. Н. Павловского АНРТ, д.м.н., профессор Х.Х. Мансуров; д.м.н., профессор М.Х. Бобоходжаев; д.м.н., профессор К.А. Хасанова; д.м.н. Р.М. Аскарлова; к.м.н., ст. преподаватель З.Ф. Джамолов; к.м.н., ст. преподаватель Ю.Х. Хотамов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бектурова З.К., Вагапова Н.Н. Внедрение инновационных технологий обучения в учебный процесс в Республике Казахстан. Международный журнал экспериментального образования. 2014; 3-2: 167-169.
2. Глыбочко П.В. Обеспечение инновационного характера непрерывного медицинского образования качественно нового уровня. Медицинское образование и вузовская наука. 2012; 2: 3-7.

3. Кузнецова Е.В. Внутренний мониторинг качества реализации образовательных программ в вузе. Сибирский педагогический журнал. 2011; 3: 37-44.
4. Кудрявая, Н. В. Педагогика в медицине: учеб. пос. для студ. учреждений высш. проф. Образования/ М.: Издательский центр «Академия». 2012; 320 с.
5. Подласый И.П. Педагогика. Теоретическая педагогика и практическая педагогика: учеб. для бакалавров. М. Юрайт. 2013.
6. Профессиональное образование: стратегии и перспективы. Профессиональное образование. 2012; 5: 31.
7. Скрипко Л.Е. Внедрение инновационных методов обучения: перспективные возможности или непреодолимые проблемы? Менеджмент качества. 2012; 1: 76—84.
8. Федеральная целевая программа развития образования на 2011—2015 URL: http://old.mon.gov.ru/dok/_prav/obr/8311/ (дата обращения: 27.06.2019).
9. Черкасов М.Н. Инновационные методы обучения студентов. Материалы XIV Международной заочной научно-практической конференции «Инновации в науке» Новосибирск: Изд. «СибАК», 2012; 154 с.
10. Интернет-ресурсы:
<http://edurt.ru/index.php?lang=1&st=3126&type=3> -
<http://edurt.ru/index.php?lang=1&st=3126&type=3>
<http://fb.ru/article/44274/interaktivnyie-metodyi-obucheniya-v-vuze> -

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ №1

Заф. кафедрой Одинаева Ш.Ф.

Кафедра внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

1. Год образования кафедры

Кафедра основана приказом ТГМУ № 24 14 февраля 1942 года.

2. Основатель кафедры

Первым заведующим кафедрой был доцент Степанов Павел Николаевич, а ассистентами были Файзи Арбе-на Михайловна, доцентом Кулматов Махмуд Кулматович.

3 Перечень заведующих кафедр

1942- 1947 Степанов Павел Николаевич
 1947- 1949 Зайцева Валентина Ивановна
 1947- 1947 Широков Сергей Филатович
 1947-1961- Лихциер Израил Борисович
 1962- 1995 Хасанова Кибриё Азизовна
 1995- 2003 Одинаев Фарход Исмадуллаевич
 2003 - 2010 Асадуллаев Самад Хидоятovich
 2010 -2016 Шокиров Юсуф Ахмедovich
 2016- Одинаев Шухрат Фарходovich

С 1947 года кафедрой заведует Валентина Ивановна Зайцева, в последующем (1949 г) перешедшая заведовать кафедрой пропедевтики внутренних болезней.

В 1949 году временно исполнял обязанности заведующего кафедрой Широков Сергей Филатович и в этом же году по 1961 г. стал заведовать кафедрой профессор Лихциер Израил Борисович, внесший огромный вклад в подготовку педагогических и научных кадров. Под руководством Израил Борисовича организовано несколько научных экспедиций по горным районам Таджикистана. По результатам экспедиционных исследований выпущено множество научных публикаций. Впервые им выявлена новая нозологическая структура атипично протекающих анемий в условиях субтропиков, которая в дальнейшем именованная как «субтропическая анемия». Особенности клинического течения заболеваний жителей горного региона и в частности различных форм субтропических анемий описаны в монографии профессора Лихциера И.Б. «Субтропическая анемия» и введены в тематический курс лекций и практических занятий для студентов медицинских вузов.

В 1962 году заведующей кафедрой стала заслуженный деятель науки РТ, д.м.н., профессор **Хасанова Кибриё Абдуазизовна**. Заслуженный деятель науки Таджикской ССР, профессор Кибриё Азизовна Хасанова на протяжении многих лет работала на благо здоровья людей. О её не заурядном вкладе в развитие медицинской науки в Таджикистане свидетельствует то, что профессор К.А. Хасанова является автором 170 научных трудов, 12 монографий и редактором целого ряда сборников и других научных изданий, из которых видно, что её научные интересы сосредоточены, в основном, на двух весьма актуальных проблемах: клинических аспектах высокогорья и профессиональной патологии.

Следует сказать, что исследования высокогорной проблематики и научной деятельности К. А. Хасановой были лишь подготовительным этапом перед огромным трудом изучения неизвестного для Таджикистана вопроса – профессиональной патологии, но, тем не менее, по высокогорной проблеме профессор К. А. Хасанова со своим коллективом сделала очень много, чтобы ответить на принципиальные вопросы : где кончается влияние высокогорья и начинается влияние проффакторов, как действуют последние в условиях гипобарической гипоксии.

Цикл работ по проблеме высокогорной микроэлементологии позволил ей выступить с новой научной концепцией, поскольку она впервые выдвинула идею существования особой биогеохимической провинции Памира, что является творческим развитием учения академика В. И. Вернадского и А. П. Виноградова о биогеохимических провинциях. Данная концепция позволяет научно объяснить ряд факторов, в особенностях развития болезней у

постоянных жителей Памира, ранее не имевших убедительных объяснений. Будучи талантливой ученицей крупного советского гематолога академика И.А. Кассирского, К.А. Хасанова является автором ряда фундаментальных гематологических работ, характеризующих картину крови детского и взрослого контингента жителей Памира. Эти труды проливают свет на один из спорных вопросов этиопатогенеза большей частоты анемических состояний у жителей Памира, особенно детей ибо автор доказал влияние специфики биохимической провинции Памира с дефицитом железа во внешней среде.

К.А. Хасанова посвятила много сил исследованию актуальности изучения причин и механизмов развития профессиональных заболеваний, поскольку социально экономическое развитие республики сопровождается прогрессивно расширяющимся промышленным освоением горных районов. И профессор К.А. Хасанова всецело отдала свой талант и силы благородной задаче предупреждения заболеваемости у огромных контингентов лиц, работающих в рудниках и предприятиях, расположенных на разных высотах в горах республики.

К.А. Хасанова стала признанным ученым в области профпатологии, членом профпатологической секции Всесоюзной проблемной комиссии “Научные основы гигиены труда и профпатологии” при АМН СССР, членом редакторского отдела по этой проблеме Большой медицинской энциклопедии АМН СССР, членом редакционного совета Всесоюзного журнала “Гигиена труда и профессиональные заболевания” при этом профессор К.А. Хасанова была терапевтом – интернистом широкого профиля.

Такую масштабную научную деятельность профессор К.А. Хасанова сочетала с напряженной работой педагога. Она умело передала свои знания молодым исследователям, блестяще читала лекции по курсу внутренних болезней и профессиональной патологии студентам трех курсов ТГМИ. Её лекции отличались широким диапазоном научно практических взглядов на самом современном уровне научного знания. Руководя в течении многих лет одной из наиболее крупных кафедр медицинского института, она постоянно способствовала процессу оптимизации обучении, внося много нового в методику преподавания. На основании многолетнего педагогического опыта, ясно представляя, что в высшей школе процесс освоения теоретических знаний студентам может лишь направляться и контролироваться педагогом, в то время, как освоение материала зависит в основном от самостоятельного труда студента. Профессор К.А. Хасанова являлась сторонницей перестройки методики обучения в медицинском институте в пользу расширения обучения студента практическим навыкам. Её главная педагогическая цель, педагогическое кредо заключались в том, чтобы выпускник института не только много знал, но и мог применять свои знания на практике. Можно утверждать, что, руководствуясь этим принципом, профессор К.А. Хасанова сыграла немаловажную роль наставника и воспитателя.

К.А. Хасанова выполняла большую общественно – политическую работу, являясь заместителем председателя республиканского общества “Знание” в течении 20 лет и членом ряда других общественных комитетов, вела большую работу лектора – пропагандиста научных и политических знаний среди широких слоев населения, достойно представляла советскую науку в зарубежных странах в составе правительственных и общественно – политических делегаций. И, не удивительно, что имя профессора К.А. Хасановой внесено во Всесоюзную Книгу Почета общества “Знание” и награждена медалью имени видного Советского ученого, первого председателя Всесоюзного общества “Знание”, академика С.И. Вавилова. На кафедре в разные годы работали доцент И.Я.Бобоходжаев; ныне член Корр. АН РТ, заведующий кафедрой госпитальной терапии, профессор Хамидов Набиджон Хамидович (с 1974 г), Ахмедов Боир Ахмедович, доцент Асадуллаев Самад Хидоятovich, Одинаев Фарход Исматуллаевич, Пачаджанова Шавкия Шукуровна (ныне д.м.н., профессор ТГМУ *точно написать её должность*), Гафаров Карим Абдусаломович (проработавший много лет на должности начальника Управления реформ и стратегии здравоохранения МЗ РТ), Вознесенский Николай Константинович (ныне д.м.н. зав. кафедрой факультетской терапии Кировского мединститута). На кафедре в разные годы работали: доцентом кафедры Мансуров Хамид Хусейнович –академик АН РТ; доцент Ахмедов Дододжон Махмудович, впоследствии (1965) возглавивший самостоятельную кафедру эндокринологии; Бобоходжаев Мухаммед Ходжаевич, ставший заслуженным деятелем науки РТ и возглавивший (1956-1958, 1974) кафедру терапии ТГМУ; доцент Бобоходжаев Икрам Якубович, с 1987 г. возглавивший кафедру внутренних болезней поликлинического обучения;

доцент Миллер Александр Фердинандович, Панасян Владимир Мисакович, к.м.н. Русина Надежда Васильевна, Студитский Алексей Евгеньевич, доцент Корчевский Эдуард Михайлович, доцент Бочавер Людмила Владимировна, доцент Черная Фения Асировна, Сергеев Павел Иванович, к.м.н. Попова Наталья Леонидовна, защитившая докторскую диссертацию; доцент Касымова Зумрад Саидовна, в 1975 году возглавившая кафедру эндокринологии ТГМУ; Арипов Амонullo Яхьяевич, ставший профессором основателем Республиканского кардиологического центра, заведующим кафедрой внутренних болезней педиатрического факультета (1968);

С первых дней заведования кафедрой Хасанова К.А. уделяла огромное значение научной работе, подготовки научных, научно-педагогических кадров, под её руководством в разные годы подготовлено и защищено 11 кандидатских и докторских диссертаций. Основными направлениями научной деятельности кафедры были «Вопросы эпидемиологии профессиональных пылевых заболеваний легких у горнорабочих». Это исследования состояния крови, микроэлементов и витаминного обмена, газового состава крови, иммунологического статуса и калликреинкининовой системы крови.

По результатам исследования выпущено 12 монографий, проведено ряд конференций, посвященных «Вопросам профессиональной патологии в Таджикистане» (1964-1968). «Микроэлементам в медицине».

Результаты многочисленных экспедиционных исследований сотрудников кафедры в высокогорные рудники республики позволили выявить особенности в патогенетических механизмах ряда профессиональных заболеваний.

Эти особенности легли в основу нового направления в научной медицине- высокогорной профпатологии получившей дальнейшее развитие в трудах её учеников (Ф.И.Одинаев, Пачаджанова Ш.Ш., Н.К. Вознесенский и др.)

С 1995 года кафедру возглавляет заслуженный деятель науки РТ, доктор медицинских наук, профессор **Одинаев Фарход Исмагуллаевич**, продолживший лучшие традиции кафедры. На кафедре в настоящее время работают : доцент Асадуллаев Самад Хидоятovich, успешно закончивший докторскую диссертацию в 1998 году, доцент Корчевский Эдуард Михайлович; кандидаты Солиев Фатто Гаппарлиевич, Одинаев Шухрат Фарходovich, Ходжиев Махмадин; ассистенты Мизонов Акрам Азонович, Бобоназаров Эргаш Холматович, Бадалова Сайёра Ашуровна, Салихов Хаким Латипович, Саидова Мукадас, Мелибоев Азам Мелибоевич, Садуллаев Саъдулло Отамирзоевич.

Учитывая высокий профессионализм, хорошие организаторские способности в 1993 году был назначен директором вновь реорганизованного Таджикского НИИ профилактической медицины. С 1996 года является главным профпатологом Министерства здравоохранения РТ. Результаты его исследований опубликованы в 210 научных трудах, 10 методических рекомендациях, 8 рацпредложениях. Он является членом редколлегии журнала «Медицина и промышленная Гигиена труда и промышленная экология» (Караганда) экология» (Москва), «Здравоохранение Таджикистана». Под руководством Ф.И. Одинаева защищено более 50 диссертационных работ.

С 1996 года является главным профпатологом Министерства здравоохранения РТ. В 2008 году переведен главным врачом клиники Таджикского НИИ профилактической медицины.

Признанием заслуг профессора Одинаева Ф.И. является награждение его Правительственной наградой – Заслуженный деятель науки и техники Республики Таджикистан (1997 г). (Пр № 809 от 4.09.1997).

В 2001 году награжден почетным знаком Академии РАЕН.

За вклад и заслуги в развитие науки России награжден медалью

Павлова И. (2005).

В 2006 году награжден почетным знаком Академии РАЕН.

В 2005 году на сессии Общего собрания Российской Академии медицинских наук был избран иностранным членом РАМН (28.04.2005 , пр № 9).

В 2006 году награжден значком «Отличник здравоохранения» РТ

Кафедру с 2003 года возглавил доктор медицинских наук профессор **Асадуллаев Самад Хидоятovich**, ученик и продолжатель традиций и концепций заложенных профессором Хасановой К.А.

В 1998 году им успешно защищена докторская диссертация на тему: «Клинико-патогенетические особенности гипертонической болезни у жителей различных природно-климатических регионов Республики Таджикистан, вопросы лечения и профилактики». Асадуллаев С.Х. врач высшую квалификационную категории, награжден значком «Отличник здравоохранения СССР», юбилейной медалью МЗ РТ посвященной 1025 летию Абуали ибни Сино. Результаты его научной деятельности опубликованы в более 130 научных работ. Является членом большого ученого Совета, председателем методической комиссии по терапевтическим дисциплинам, председателем межкафедральной проблемной комиссии, членом нескольких диссертационных советов.

До настоящего времени постоянно продолжается работа по совершенствованию педагогического и лечебного процесса, внедряются для этих целей компьютерные технологии. С 2010 по 2016 гг кафедру возглавил профессор Шокиров Юсуф Ахмедович. В 2000 году им была защищена докторская диссертация по вопросам нефрологии в Республике Таджикистан. С 2016 года кафедру возглавляет Одинаев Шухрат Фарходovich по настоящее время. В 1997 году им защищена кандидатская диссертация на тему «Состояние здоровья населения проживающего в регионе влияния техногенных факторов алюминиевого завода», а в 2003 году в г. Москва им защищена докторская диссертация по проблемам геронтологии на тему «Патогенетические особенности старения жителей горных регионов». Научно-исследовательская работа на кафедре проводится по темам «Клинические особенности течения и эпидемиология сердечно-сосудистой патологии у жителей республики; проблема раннего старения организма ». По данной научной теме защищена докторская диссертация и завершаются ряд кандидатских диссертаций. Результаты научно-исследовательских работ кафедры отражены в виде тезисов, статей, методических разработок (свыше 330) и опубликованы, как в отечественных журналах и сборниках, так и в зарубежной печати.

Сотрудники кафедры активно принимают участие в международных конференциях, съездах, неоднократно являлись докладчиками по высокогорной медицине в Кыргызстане, Казахстане, Сочи, Российской Федерации, город Бенирдом (Испания). На кафедре работают 6 кандидатов и 4 доктора медицинских наук.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №2 ТГМУ им. АБУАЛИ ИБНИ СИНО Заф. кафедрой Хурсанов Н.М.

Кафедра внутренних болезней №2 организована в 1964 году на базе Городской клинической больницы №1 г. Душанбе. Основателем и первым заведующим кафедрой был доктор медицинских наук М.Х.Бобоходжаев. На кафедре проходили обучение студенты педиатрического, санитарно-гигиенического и стоматологического факультетов. В 1968 году кафедра была перебазирована в Республиканскую клиническую больницу №3 и получила название «Кафедра факультетской и госпитальной терапии».

При участии сотрудников кафедры в больнице были созданы несколько специализированных отделений. В частности гематологическое отделение было организовано при непосредственном участии Хамидова Н.Х, которым он и заведовал течении многих лет. После создания отдельной кафедры пропедевтики внутренних болезней, которой начал руководит доктор медицинских наук А.Я. Арипов на нашей кафедре студенты изучали факультетскую и госпитальную терапию. В дальнейшем название кафедры несколько раз менялось. В 1997 году она получила название « кафедра госпитальной терапии лечебного и педиатрического факультетов». После образования общемедицинского факультета «кафедра внутренних болезней №2». В то время на кафедре работали : профессор Хамидов Н.Х., доктор мед.наук. Таджиев И.Я., доценты: Алиджонов Г.П., Фархади Г.Р., кандидаты медицинских наук:

Черная Ф.А., Разина А.А., Хамдамова М.Б., Шарипова Х.Я., Иномов Дж.И., Сулаймонова С.А., Цудик А.З. Бабаев А.Н., Арустамян Г.С., Хошимова К.Ш., Шукурова Р.Р., Умаров А.А., Кадырова Д.А., Хурсанов Н.М. ассистенты: Рахимова М.Я., Вахидова Г.Б., Горюнова В.Н. В настоящее время клинической базой кафедры является Городской медицинский центр №1 им. Ахмедова Карима. Лечебная и учебная работа проводятся в кардиологическом, терапевтическом и реанимационных отделениях.

С 1974 года по 2010 гг. заведовал кафедрой доктор медицинских наук, Хамидов Н.Х. которому впоследствии было присуждено ученое звание профессора, а в 1997 году он был избран членом корреспондентом АН Таджикистана., с 2010г. заведует кафедрой кан.мед.наук Хурсанов Н.М.

На кафедре проходят обучение студенты V курсов медицинского и педиатрического факультетов, IV- V курсов бакалавров (иностранцев) и III курса фармацевтического факультетов. За последние несколько лет кафедра и её клиническая база оснащены современными оборудованьями для проведения занятий, диагностики и лечения больных. Это дало возможность более качественно проводить лекции и практические занятия со студентами, интернами и клиническими ординаторами. На кафедре также проходят усовершенствование врачи по специальности «кардиология» и «внутренние болезни». 2009 – 2012 гг. 8 магистров защитили магистерские диссертации, в том числе двое из стран дальнего зарубежья (Саудовская Аравия).

Сотрудники кафедры выполняют лечебную работу в кардиологическом, терапевтическом и реанимационных отделениях. Участвуют в проведении утренней конференции. Профессор и доценты проводят плановые обходы в отделениях, консультируют тяжёлых больных. Ассистенты непосредственно ведут больных в отделениях. Работники кафедры неоднократно выезжали в различные регионы республики для оказания лечебно-консультативной помощи, неоднократно участвовали в «Караванах здоровья».

Со дня образования кафедры её сотрудники активно занимаются различными аспектами медицинской науки. Первые годы научные проблемы были посвящены вопросам изучения заболеваний крови, болезней соединительной ткани, санаторно-курортному лечению болезней опорно - двигательной системы, проблемам высокогорья. Начиная с 1975 года, под руководством профессора Хамидова Н.Х. на кафедре ведутся научные исследования, посвященные изучению сердечно-сосудистых заболеваний у лиц старших возрастов. С этой целью на кафедре была образована современная биохимическая лаборатория, где выполнялись научные исследования для выполнения запланированных кандидатских и докторских диссертаций. За эти годы сотрудниками кафедры под руководством профессора Хамидова Н.Х. защищены 3 докторские и 20 кандидатских диссертаций, которые в основном посвящены артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца в старших возрастных группах.

Научно-исследовательскую деятельность сотрудников кафедры можно условно разделить на несколько этапов. На первом профессор Хамидов Н.Х. и академик Цфасман А.З. впервые в СССР провели исследования, посвященные изучению этиологии, патогенеза, патологической анатомии, клинического течения и лечения артериальной гипертензии у лиц старших возрастных групп. По результатам этих исследований ими была предложена классификация систолической артериальной гипертензии, которая используется и в наши дни в клинической практике многих стран постсоветского пространства. Хамидов Н.Х. в 1973 году защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: «Систолическая артериальная гипертензия в пожилом и старческом возрасте». Впоследствии под руководством профессора Хамидова Н.Х. выполнены ряд научных исследований, посвященных данной проблеме. Эти работы были оформлены виде диссертаций, на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Шариповой Х.Ё. на тему : «Клинико-биохимические проявления атеросклероза при склеротической систолической гипертензии» (1981), Сулеймановой С.А.(1987):«Особенности клинико-биохимических проявлений коронарного и церебрального атеросклероза, у лиц перенесших в отдалённом периоде закрытую черепно-мозговую травму»(1987), Хамдамовой М.Б. «Свёртывающая, фибринолитическая системы крови и липидный обмен у больных ишемической болезнью сердца старших возрастов с нормальным и повышенным артериальным давлением»(1988), Умаровым А.А.: « Гемодинамика при артериальной гипертензии старших возрастов и её изменения под влиянием обзидана»(1988), Арустамян Г.С.:«Суточная и годовая динамика липидов при систолической гипертензии старших возрастов»(1990), Додобаевой М.С.: «Состояние свёртывающей, фибринолитической систем и микроциркуляции у больных ишемической болезнью сердца старших возрастов в разные сезоны года» (1990), Хошимовой К.Ш.: «Клинико-функциональная характеристика гипертонических кризов у лиц пожилого возраста» (1991) Хурсановым Н.М.: «Комбинированная терапия артериальной гипертензии старших возрастов α и β -адреноблокаторами» (1993); Аминджановой С.С.: «Влияние гипотензивной терапии на показатели липидов крови и выделительную функцию почек при изолированной систолической артериальной гипертензии» (2014).

На следующем этапе научные исследования на кафедре были посвящены изучению особенностей клинического течения и лечению артериальной гипертензии у лиц старших возрастов с коморбидными заболеваниями и состояниями. Установлено, что при подагре наблюдается высокая частота таких кардиоваскулярных нарушений, как артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца. Показано, что при сочетании подагры и кардиоваскулярных нарушений значительно повышаются факторы риска развития сердечно-сосудистых осложнений. По полученным результатам исследования Тоировым Х.К.(2013) успешно защищена диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук на тему: «Кардиоваскулярные нарушения при подагре».

В последующем, на кафедре проводились исследования по изучению влияния коморбидных тревожно-депрессивных расстройств на вариабельность ритма сердца у пожилых больных артериальной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью. Полученные результаты были отражены в успешно защищенных диссертациях на соискание степени кандидата медицинских наук. Шариповой Н.Дж.: «Вариабельность ритма сердца и длительность интервала Q-T у пожилых больных хронической сердечной недостаточностью с депрессией»(2015) и Умаровой С.А.: «Особенности клинико-гемодинамических проявлений и вариабельности ритма сердца при изолированной систолической артериальной гипертензии с аффективными расстройствами»(2015). Изучению коморбид-

ных аффективных расстройств и методов её коррекции у больных артериальной гипертензией посвящены две другие диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, которые успешно прошли первичную экспертизу на межкафедральной проблемной комиссии по терапевтическим дисциплинам и рекомендованы к защите. Это работы Халиковой Н.А. на тему: «Влияние комбинированной терапии на ремоделирование левого желудочка сердца у пожилых больных артериальной гипертензией» и Махадовой К.Х. «Влияние комбинированной терапии на циркадные колебания артериального давления и интервал Q-T у больных гипертенгической болезнью пожилого возраста с коморбидной депрессией» В 2017 году успешно защищена и впоследствии утверждена ВАК РФ диссертация на соискание степени кандидата медицинских наук ассистентом кафедры Воронежской К.Р. на тему: «Динамика вариабельности ритма сердца и длительность интервала Q-T у больных ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ на фоне антиретровирусной терапии».

В настоящее время тематикой научно-исследовательской работы кафедры является применение гормона эпифиза-мелатонина в комплексном лечении больных изолированной систолической артериальной гипертензией старших возрастов. По указанной теме запланировано выполнение 3 диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Саидмуродовой Ф.Л. на тему: «Влияние мелатонина на качество жизни и липиды крови у пожилых больных изолированной систолической артериальной гипертензией»; Таджиевой З.А. «Влияние мелатонина на дисфункцию эндотелия у больных изолированной систолической гипертензией»; и Лолаева А.Н. «Влияние мелатонина на когнитивные функции больных изолированной систолической артериальной гипертензией».

Сотрудниками кафедры за последние 30 лет выпущены 8 монографий, предложены более 30 рационализаторских предложений, опубликовано более 500 печатных работ. Работники кафедры постоянно участвуют в ежегодных научно-практических конференциях проводимых как в Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибни Сино так и за его пределами. Доклады, представленные в них неоднократно отмечены призовыми местами. На кафедре течение многих лет функционирует студентское научное общество, члены которой активно участвуют ежегодных научных конференциях молодых учёных и студентов нашего университета и за рубежом.

В настоящее время на кафедре работают: член корр. АН РТ, доктор медицинских наук, профессор Хамидов Н.Х., заведующий кафедрой к.м.н., Хурсанов Н.М., доцент Умаров А.А., кандидаты медицинских наук: Сохибов Р.Г., Умарова С.А., Воронежская К.Р. Каюмов Х.Б., ассистенты: Худоёрзода К.Х., Саидмуродова Ф.Л., Замонов О.А., Таджиева З.А., Абдумамадова Ф.А., Носирова М.А., старший лаборант Назарова М.

ИСТОРИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ КАФЕДРЫ ГИСТОЛОГИИ

Сохибова З.Н., Шукурова Д.А.

Кафедра гистологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Кафедра гистологии была организована с самого начала основания Сталинабадского медицинского института в 1939 году. Первым заведующим кафедрой был доктор медицинских наук, профессор П.В. Сиповский. Он внес большой вклад в организацию, подбор и укомплектование штата кафедры, в приобретение необходимого оборудования, приборов, наглядных пособий и реактивов для учебного процесса. Профессор П.В. Сиповский проработал на кафедре два учебных года (1939-1940).

С 1941 г. по 1946 г. заведующим кафедрой был доктор медицинских наук, профессор Г.В. Ясвоин. В то время штат кафедры состоял из пяти человек. В предвоенные и военные годы основное внимание сотрудников кафедры было направлено на методологически правильную постановку учебного процесса. В те годы сотрудниками кафедры стали проводиться научные исследования, связанные с изучением характера тканевой реакции организма на внешние экстремальные воздействия.

В 1946-1950 гг. кафедру возглавил доцент Л.С. Сутулов, который наряду с заведованием кафедрой занимал должность директора мединститута. Им впервые была организована высокогорная экспедиция на Анзобский перевал. Итогом этих работ явилось издание в 1949 году сборника научных трудов «Единство тканевой структуры и условия ее существования», в котором были отражены проблемы краевой морфологии в условиях высокогорной республики. В последующие 10 лет (1950-1960 гг.) кафедрой заведовал доцент И.И. Шаров. Под его руководством сотрудниками кафедры проводились исследования эмбриологического характера с использованием широкого спектра гистохимических методов.

Профессор Г.Г. Самсонидзе (1960-1964гг.). Под его руководством сотрудниками и аспирантами кафедры было начато изучение проблемы морфогенеза и регенерации органов, в частности - сравнительное исследование компенсаторной и регенерационной гипертрофии почки разных животных. К отъезду профессора Г.Г. Самсонидзе в Грузию были закончены диссертационные работы аспирантов Л.И. Исмаиловой и Ф.Х. Шарипова. Это были первые кандидатские диссертации по гистологии, выполненные национальными кадрами на кафедре гистологии Таджикского госмединститута. За годы заведования профессора А.А. Брауна (1965-1972гг.) основными направлениями в изучении проблемы морфогенеза и регенерации органов и тканей стали вопросы, касающиеся механизма и характера течения компенсаторных и регенерационных процессов в почке, печени, щитовидной железе и селезенке, особое внимание уделялось изучению этих вопросов в условиях высокогорья. Результатом этих исследований явились 15 кандидатских и докторских диссертаций, выполненных и успешно защищенных сотрудниками ТГМИ под руководством профессора А.А. Брауна.

На протяжении десяти лет (1981-1991гг.) кафедрой заведовал профессор М.В. Постников. Под его руководством сотрудники кафедры изучали регенераторную способность печени и лимфатических узлов при влиянии дестабилизирующих факторов и были заложены основы эмбриологического музея кафедры.

Доктор медицинских наук, профессор Ф.Х.Шарипов (1972-1980 гг., 1992-2003 гг.). При нем было достигнуто повышение качества практических занятий и лекций за счет составления профилированных методических разработок и учебных пособий по всем разделам предмета. Первая методическая разработка к практическим занятиям по цитологии, эмбриологии и общей гистологии была издана в 1977 году.

Большим достижением кафедры в совершенствовании преподавания гистологии на государственном языке (таджикском) явилось издание написанных доцентом С.Д. Джураевым двух учебных пособий: «Бофташиноси» (1993) и «Сохти микроскопии узвхои одам» (1995). По каждому разделу предмета были изданы учебные пособия на таджикском и русском языках по цитологии – «Хучайрашиноси» (Ф.Х.Шарипов, Х.Н.Касимова, 1994). Под руководством и при участии профессора Ф.Х.Шарипова выполнены и защищены 12 кандидатских, одна докторская диссертация.

В 2004-2006гг. кафедрой руководил доктор медицинских наук, профессор С.С.Курбанов.

С 2006г. по 2012г. заведующей кафедрой являлась доктор биологических наук, доцент С.Г. Мухамедова.

Особое место в воспитании молодых сотрудников и студентов кафедры и университета занимала кандидат медицинских наук, доцент, «Отличник здравоохранения Таджикистана», «Отличник высшей школы» М. Б. Бахромова, проработавшая на кафедре гистологии с 1963 по 2016 годы.

С 2012 по 2017 годы кафедру возглавила кандидат биологических наук, доцент Д.А.Шукурова. Большим достижением кафедры в этот период является внедрение и рациональное использование инновационных программ в процесс обучения как дополнение к основному методу обучения, а также определение степени усвоения учебного материала студентами. Была создана специальная компьютерная программа «Окна знаний» в виде электронного альбома гистологических препаратов, которая давала возможность студентам изучать их не только на кафедре, но и за её пределами.

Для повышения качества учебно-методической работы и уровня знаний студентов на английском языке по предметам «Гистология», «Эмбриология» и «Микроанатомия» впервые на кафедре были составлены методические пособия к практическим занятиям.

С сентября 2017 года по настоящее время кафедрой заведует кандидат медицинских наук, доцент З. Н.Сохибова.

В течение почти шестидесяти лет сохраняется преемственность научных исследований кафедры гистологии в разработке различных аспектов проблемы, посвященных влиянию экологических факторов внешней среды на тканевой субстрат организма.

Темой научной работы сотрудников кафедры в настоящее время является «Особенности старения кожи с учетом природно-социальных факторов в Республике Таджикистан» на 2016-2020гг.

З.Н.Сохибова и Т.П.Ниятбеков завершают свои работы по докторским диссертациям. Для выполнения научных работ подписаны двухсторонние соглашения с внутренними и внешними организациями: Физико-технический институт им. С.У.Умарова АН РТ (Таджикистан), Институт ботаники, физиологии и генетики растений АН РТ (Таджикистан), Туркменский медицинский университет (Туркмения), Институт ботаники Туркмении (Туркмения), Институт ботаники и фитоценологии г.Алматы (Казахстан), Сибирский ботанический сад г. Новосибирск (Россия), Институт биологии внутренних вод им. Папанина Ярославской области г.Борок (Россия), Московский Государственный Университет (Россия), Институт географии и экологии г.Урумчи (Китай), Институт географии и экологии г.Гансу (Китай), Университет г.Хауфа (Израиль), Университет г.Осло (Норвегия).

Кроме научных исследований на кафедре большое внимание уделяется учебно-методической работе, направленной на совершенствование учебного процесса и улучшения условий труда. После капитального ремонта значительно улучшилась материальная база кафедры. Теперь кафедра располагает хорошо оборудованными и оснащенными учебными комнатами, рабочими кабинетами, лабораториями, конференц-залом и подсобными помещениями для хранения материальных ценностей и учебно-наглядных пособий. Силами сотрудников кафедры бережно сохраняются музейные экспонаты. Коллектив кафедры основное внимание уделял и уделяет вопросам эстетического оформления кафедры.

В настоящее время кафедра гистологии проводит лекционные и практические занятия во втором семестре первого курса и в третьем семестре второго курса медицинского, педиатрического, стоматологического факультетов, факультета организации общественного здравоохранения и иностранным студентам (бакалаврам) по кредитно-модульной системе.

На кафедре читаются лекции и проводятся практические занятия на трех языках: таджикском, русском и английском по предметам «Гистология», «Эмбриология» и «Микроанатомия».

Сотрудники кафедры продолжают работу над переводом и написанием новых учебных пособий на таджикском, а также русском и английском языках. В настоящее время имеется достаточный подбор учебных материалов для освоения предмета как на русском, так и на таджикском и английском языках. Это основные учебники: «Гистология» (под ред. Ю.И.Афанасьева и Н.А.Юриной) на русском языке; учебные пособия, подготовленные сотрудниками кафедры гистологии ТГМУ (С.Д.Джураевым, М.Б.Бахромовой и Д.А.Шукуровой). Эти издания имеются в достаточном количестве в библиотеке ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» в виде учебников и электронных версий на сайте университета и Интернета.

На кафедре в течение многих десятилетий функционирует студенческое научно-исследовательское общество (СНО). В них принимают участие все сотрудники и привлекаются наиболее способные, имеющие склонности к науке студенты. Их доклады, сделанные на годичных научно-практических конференциях молодых ученых и студентов университета и республики, всесоюзных студенческих научных форумах неоднократно поощрялись Почетными грамотами, дипломами и ценными подарками.

В настоящее время сотрудники кафедры выполняют многогранную задачу, направленную на совершенствование учебно-методической, научной и идейно-воспитательной работы, более глубоко проводится профилизация обучения студентов всех факультетов.

Ныне на кафедре работают 16 сотрудников. Основными преподавателями являются: заведующая кафедрой, к.м.н., доцент, «Отличник здравоохранения Таджикистана» З.Н.Сохибова; к.б.н., доцент, «Отличник народного образования» Д.А.Шукурова; к.б.н., доцент, «Отличник народного образования» А.Т.Ашуров; к.б.н., Депутат Мажлиса народных депутатов г. Душанбе №38 избирательного участка района Сино Т.П.Ниятбеков; старшие преподаватели - З.Ж.Зиеева, З.Д.Умарова; ассистенты – Г.А.Бобоева, «Отличник народного образования» Д.М.Хасанова, Н.М.Мусоева, В.Ш.Имомназарова, М.А.Имомбердиева, С.Р.Сафарова, М.М.Искандаров, Ошур Озоди; старший лаборант С.Г.Хамзаева; лаборант Б.М.Раджабов.

К 78-ЛЕТИЮ ОСНОВАНИЯ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И 80-ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ ТАДЖИКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО

Мухамадиева К.М., Исмаилов С.С.

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Кафедра дерматовенерологии Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино была организована 11 ноября 1941 года, и в то время именовалась как кафедра кожных и венерических болезней. История кафедры тесно связана с историей самого университета, который в нынешнем году отмечает свой 80-летний юбилей, и на сегодняшний день является ведущим высшим учебным заведением Республики Таджикистан. Рассказывая об истории кафедры дерматовенерологии, невольно приходят в голову слова из великого Талмуда: «Многому я научился у своих учителей, еще большему – у своих товарищей, но больше всего – у своих учеников». Вспоминая о днях, минувших и нынешних, мы, прежде всего, отдаем дань памяти ушедшим из жизни коллег, и одновременно, с уважением относимся к тем, кто работает на этой кафедре в настоящее время.

Первые годы деятельности кафедры совпали с периодом Великой Отечественной войны, когда с оккупированных врагами территорий Советского Союза, в Таджикистан были эвакуированы ученые-медики, которые принимали активное участие, как в развитии практического здравоохранения страны, так и в становлении Таджикского медицинского института. Первым заведующим кафедрой дерматовенерологии в 1941 году был член корреспондент академии наук Белоруссии, доктор медицинских наук, профессор Андрей Яковлевич Прокопчук.

Научные исследования Прокопчук А.Я. были посвящены сифилитическим поражениям кожи, костей, внутренних органов. Результаты его исследований отражены в монографиях «Третичные поражения кожи и костей при сифилисе центральной нервной системы» (1926), «Сифилис аорты» (1927). Он, одним из первых в мире показал, что у больных псориазом существенно нарушается липидный обмен, как в организме, так и в пораженной коже. Им впервые разработаны методы лечения красной волчанки препаратом акрихин. В 1942 году Прокопчук А.Я. был назначен ректором Таджикского государственного медицинского института, и, в связи с этим, заведование кафедрой было возложено на доктора медицинских наук, профессора Украинского научно-исследовательского института кожных и венерических болезней Иосифа Давыдовича Перкеля, который продолжал свою деятельность до 1945 года. Перкель И. Д. занимался изучением ранней диагностики сифилиса, работал над проблемами экспериментального сифилиса, много внимания уделял изучению висцерального, нейросифилиса и ликвор диагностики [1].

В послевоенный период, с 1945 года кафедрой дерматовенерологии заведовал кандидат медицинских наук, доцент Лазарь Михайлович Кенигсберг, который посвятил кафедральной деятельности 15 лет работы. Под его руководством были подготовлены первые специалисты - дерматовенерологи для нашей страны. Из числа выпускников Таджикского государственного медицинского института, в 1959 году кандидатскую диссертацию на тему «Дерматомикозы в Таджикской ССР и санитарное просвещение как фактор их профилактики» защитил Исхоков Садик Исхокович. На несколько лет раньше, аспирантом кафедры был выпускник Самаркандского медицинского института Рахматов Барат Рахматович, который в 1953 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Заболеваемость туберкулезом кожи в Таджикистане и непосредственная эффективность тканевой D-витаминной терапии туберкулеза кожи».

В 1960 году Рахматов Б.Р. защитил докторскую диссертацию на тему «Влияние сифилитической инфекции и противосифилитического лечения на кроветворение и показатели геморрагического диатеза у больных сифилисом». С этого же года он был избран на должность заведующего кафедрой дерматовенерологии. Барат Рахматович Рахматов успешно заведовал кафедрой до 1978 года. В этот период, когда Таджикский государственный медицинский институт стал многопрофильным учебным заведением, в котором помимо лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов, был организован факультет усовершенствования врачей. С тех пор, на кафедре проводилось обучение выпускников в субординатуре, интернатуре и клинической ординатуре. В связи с недостаточной острепенностью педагогического состава кафедры, важной задачей явилась подготовка научных кадров. Именно в те годы были зачислены в клиническую ординатуру Исаева Е.Т. (1964), Зоиров П.Т. (1965), Исаева М.С. (1970), которые под руководством Рахматова Б.Р. защитили кандидатские диссертации, соответственно, в 1970, 1971 и 1974 годах.

За период деятельности профессора Рахматова Б.Р. на кафедре проводились исследования по изучению различных аспектов поверхностных и глубоких микозов, туберкулеза кожи и сифилиса. За весь период своего руководства кафедрой, профессор Б.Р.Рахматов подготовил 10 кандидатов наук (Рисхиев И.Р., Киямов Ф.А., Лапушкина Т.П., Исаева Е.Т., Зоиров П.Т., Исаева М.С., Нестеренко Б.А., Усмонов Ф.И., Усманова Х.Д., Касымов О.И).

Научные интересы кафедры в основном были направлены на изучение сифилиса, туберкулеза кожи, эффективности местных минеральных источников при лечении хронических рецидивирующих дерматозов. В области сифилидологии под руководством профессора Б.Р. Рахматова в городе Москва были защищены диссертации Исаевой М.С., «Ком-

бинированный, уплотнённый метод лечения больных сифилисом» (в 1974 году) и Усмоновой Х.Д. «Влияние сифилитической инфекции и противосифилитического лечения на некоторые показатели свертывающей и противосвертывающей систем» (в 1983 году).

Необходимо отметить, что ученики профессора Рахматова Б.Р. (Киямов Ф.А., Зоиров П.Т., Исаева М.С., Касымов О.И.) в последующие годы внесли значительный вклад в организацию и развитие дерматовенерологической службы в Таджикистане [1].

В связи с переездом профессора Б.Р.Рахматова в 1978 г. в Республику Узбекистан, с 1978 по 1982 годы кафедрой заведовала кандидат медицинских наук, доцент Исаева Елена Таджиддиновна.

Под ее руководством кафедра продолжала активную научную, учебно-методическую и лечебную работу. Ею разработаны различные методические указания, учебные пособия по всем разделам учебной программы по дерматовенерологии для студентов лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов. Обладая высоким потенциалом и большим опытом клинициста, она активно привлекала к специальности молодых врачей, вызвала интерес к науке, воспитывала в сотрудниках кафедры инициативность и принципиальность в работе.

С 1982 года заведующим кафедрой избирается Зоиров Подабон Тошматович.

Деятельность Зоирова П.Т. на кафедре началась с 1970 года с должности ассистента, с 1972 - доцента, а с 1983 по 2015 годы он руководил кафедрой, организовал научную школу дерматовенерологов и подготовил многочисленных специалистов, которые по сей день успешно работают, как в республике Таджикистан, так и за её пределами (Российская Федерация, США, Израиль, Дубай).

Его кандидатская диссертация, защищенная в 1970 году, была посвящена теме «Изучение некоторых показателей кроветворения и функционального состояния кожи больных псориазом леченных гемотрансфузией и Γ глобулином». В 1982 году он защитил докторскую диссертацию по теме: «Экзема, нейродермит и псориаз у детей в таджикском климато-географическом регионе (особенности, распространение, эффективное этапное лечение)» [2,3].

Наиболее сложным периодом деятельности кафедры под руководством Зоирова П.Т. явился период гражданской войны в Таджикистане, когда на фоне оттока научно-педагогического потенциала кафедры, происходили изменения и в практическом здравоохранении. Сбой в работе диспансерной службы, связанный с социально-экономическими трудностями того периода, привел к росту инфекционных заболеваний кожи и болезней, передающихся половым путем. Однако, большие организационные способности и высокий научный потенциал профессора Зоирова П.Т. позволили укрепить и восстановить работу дерматовенерологической службы республики Таджикистан. В этот период Зоиров П.Т. объединяет специалистов всех регионов республики, создает Ассоциацию дерматовенерологов Республики Таджикистан, и концентрируется на проблемах часто встречающихся инфекционных заболеваний кожи, инфекций, передающихся половым путем, хронических рецидивирующих дерматозов. Под его руководством начинаются научные исследования по актуальным проблемам дерматовенерологии. За весь период своей деятельности профессор Зоиров П.Т. выпустил 9 докторов и 50 кандидатов медицинских наук.

В этот период доцент кафедры Исаева Мавджуда Сироджиддиновна, защитив в 1999 году докторскую диссертацию по теме «Эпидемиология и новые методы лечения сифилиса в Таджикистане», избирается профессором кафедры и на протяжении всех последующих лет также вносит свой значимый вклад в учебную, научную и лечебную деятельность кафедры, подготовив семь кандидатов наук и более 300 научных трудов, в том числе патентов и изобретений

На том этапе, большие исследования проводились в области сифилидологии, в результате которых были разработаны и внедрены в практику однокурсовые, экономичные и высокоэффективные методы лечения с использованием лимфотропного пути введения лекарственных препаратов, доказанных экспериментальными исследованиями [1,2,3]. В результате проведенных исследований под руководством Зоирова П.Т. в 1990 году ассистент кафедры Исхаки Д.Ф. защитил кандидатскую диссертацию по теме «Фармакокинетическое обоснование применения новокаиновой соли бензилпенициллина в терапии больных ранними формами сифилиса»; аспирантом кафедры Темировой М.А. - кандидатская диссертация «Совершенствование терапии вторичного рецидивного и раннего скрытого сифилиса», в терапии больных ранними формами сифилиса».

В этот же период проводились исследования по изучению клиники и диагностики зудящих дерматозов в Республике Таджикистан. Этим проблемам посвящены докторская диссертация Касымова Олимджон Исмаиловича «Нейродерматозы у взрослых больных жителей разных высот Таджикистана» (1996 г.) и кандидатская диссертация ассистента кафедры Хусайнова А.А. «Состояние иммунологической реактивности организма больных нейродермитом, жителей разных высот в динамике лечения с применением тимогена» (1995). В результате этих исследований были выявлены некоторые особенности клинического течения нейродерматозов, установлена неодинаковая частота отдельных нозологических форм и изменения показателей иммунной системы у больных, проживающих в высокогорных регионах Таджикистана.

Большая работа проводилась работа по изучению проблемы аллергодерматозов в Таджикистане. Под руководством Зоирова П.Т. защищает докторскую диссертацию Умарова Зарифа Касымовна на тему «Клинико-эпидемиологические особенности дермато-респираторных аллергозов у детей и влияние вакцинации на их клинические проявления» (1999 г). Заслуживает внимания кандидатская работа Норкуловой С.Ф. «Состояние сенсibilизации и влияние вакцинации на клиническое течение аллергодерматозов у детей» (1998), посвященные изучению сенсibilизации организма, этиологии и факторов риска возникновения аллергодерматозов у детей и влияния вакцинации на их течение. [1,3,4]

Значительное внимание уделялось проблеме псориаза, как одного из часто встречающихся дерматозов в Таджикистане. Профессором Зоировым П.Т. были внедрены новые методы диагностики и прогнозирования псориаза, такие как инфракрасная спектроскопия, количественные и качественные характеристики обмена веществ. Большое внимание уделялось влиянию высокогорных условий на течение и исход дерматозов. Изучением этих вопросов в тот период занимались сотрудники кафедры Дадабаев Р.Д, Недосекова Н.Г, Шеров С.О.

Исследования, проведённые ассистентом кафедры Дадабаевым Р.Д. «Псориаз у аборигенов высокогорья» позволили установить наиболее высокую распространённость псориаза у аборигенов высоко- и среднегорья по сравнению с жителями долины. Были изучены особенности течения псориаза у лиц пожилого и старческого возраста с учётом иммунологической реактивности организма, с выходом кандидатской диссертации Шерова С.О. «Миграционная активность клеток белой крови в кожу при псориазе в пожилом и старческом возрасте, клиника, лечение» (1995 г.) и иностранного соискателя кафедры Мухамед Эль-Хасан «Состояние гемостаза у больных псориазом пожилого и старческого возраста в процессе дифференцированной терапии» (1997).

В связи с широким распространением в республике заболеваний кожи паразитарного и грибкового происхождения, научные темы кафедры были посвящены изучению микозов и чесотки. Первые исследования по проблемам лечения и профилактики чесотки проведены Абдиевой Д.Х., которая являясь заочным аспирантом Центрального кожно-венерологического института города Москвы, в 1987 году успешно защитила кандидатскую диссертацию по теме «Чесотка у детей в условиях жаркого климата Таджикистана». Последствия гражданской войны в Таджикистане привели к распространению тяжелых и осложненных форм этих заболеваний, в связи с чем проблема заразных и паразитарных заболеваний вновь стала актуальной. Под руководством профессора Зоирова П.Т. аспирант Дырда Н.И. изучала особенности патогенеза и терапии осложненной чесотки и в 2000 году защитила диссертацию на тему «Совершенствование терапии осложнённой чесотки». Проблемой грибковых поражений кожи занимались соискатели Каримов Х.Р. и Абдумаматова Ш.А., которые под руководством профессора Зоирова П.Т. защитили кандидатские диссертации «Микозы стоп у спортсменов» (2000 г.) и «Микоз стоп в условиях жаркого климата» (2002 г.).

Несмотря на трудности, сформировавшиеся в стране после гражданской войны, которые характеризовались слабой материально-технической базой, по инициативе Зоирова П.Т. началась совместная работа с научно-исследовательскими институтами физики, акушерства, гинекологии и педиатрии, а также с кафедрами микробиологии, патофизиологии, гистологии, хирургии, урологии, онкологии. На стыке наук проводились исследования по изучению патогенеза, клинико-эпидемиологических особенностей распространенных, тяжелых и генетически обусловленных дерматозов с последующей разработкой эффективных диагностических и терапевтических методов.

Исследования Мухамадиевой К.М. по теме «Совершенствование терапии варикозной экземы с учётом гемодинамических показателей» (2000 г.), проведенные методами реовазографии и электротермометрии, доказали патогенетическую роль хронической венозной недостаточности и нарушений периферической гемодинамики в развитии варикозной экземы.

Исследования по проблеме опухолевой патологии кожи и особенностей их клинического течения, лечения, профилактики проводил аспирант Алиев Х.И., который доказал, что включение неотигозона в лечение пигментной ксеродермы повышает эффективность терапии и улучшает прогноз болезни. В 2000 году им защищена диссертация «Пигментная ксеродерма у жителей Республики Таджикистан». В этом же направлении проводил исследования ассистент Бахиров Д.Н., который изучил факторы малигнизации облигатных и факультативных предраковых заболеваний. В 2004 году он защитил диссертацию на тему «Предраковые заболевания кожи».

В связи с неуклонным ростом числа случаев больных витилиго, были проведены фундаментальные работы и защищены кандидатские диссертации соискателей кафедры Хомидова М.Ф. «Эффективность курсового лечения витилиго у детей с применением высокогорной климато-бальнеотерапии» (1999 г.) и Сохибовой З.Н. «Морфофункциональная характеристика постоянных и мигрирующих в кожу иммунокомпетентных клеток у больных витилиго в динамике курсового лечения» (2000 г.).

Отдаленные последствия гражданской войны, миграция населения, близость расположения республики с эндемичными по инфекционным заболеваниям кожи странами, повысил риск распространения и рост «побежденных» ранее хронических инфекций, в том числе и лепры. В этом направлении проведены исследования Косимова А.М. «Особенности распространения, эпидемиология, клиника и опыт борьбы с лепрой в Республике Таджикистан» (2003 г.). Подворные обходы в зонах риска поражения больных и экспедиции врачей регионы, граничащие с Афганистаном, позволили сформировать банк данных больных лепрой, а также карту контактных лиц, включающий более ста параметров, которые в настоящее время используются для профилактики данной инфекции.

В этот же период многочисленные исследования были проведены в области урогенитальных инфекций. Исследованиями Раимжанова А.А. было доказано, что наибольшую клиническую и социальную значимость приобретает бактериальный вагиноз в ассоциации с уреомикоплазменными и хламидийными инфекциями. Им в 2002 году была защищена диссертация «Гарднереллез у мужчин».

Исследования о влиянии хламидийной инфекции на репродуктивную способность женщин освещены в кандидатской диссертации Давлятовой М. Б. «Женское бесплодие хламидийного генеза» (2003г.). В результате разработанных методов терапии бесплодия хламидийной этиологии, клиническое выздоровление было достигнуто в 80% случаев.

Исследования, проведенные соискателем кафедры Валиходжаевой М.К. отразились в диссертации «Влияние инфекции нижнего отдела урогенитального тракта на акушерские и перинатальные исходы» отразились (2004г.). Изучение манифестных форм вирусных инфекций, сочетающихся с урогенитальным хламидиозом и микоплазмозом освещены в диссертации соискателя кафедры Мاستулова А.Ш., который в 2006 году защитил кандидатскую диссертацию на тему «Совершенствование терапии генитального герпеса с учетом иммунного статуса».

С 2004 по 2009 годы научно-исследовательская работа кафедры дерматовенерологии была посвящена теме «Актуальные вопросы инфекционной патологии кожи», в частности изучению таких заболеваний как урогенитальные инфекции, пиодермия, брюшной тиф.

С целью изучения микробного пейзажа у больных хроническими дерматозами, активно проводились на кафедрах микробиологии и патологической физиологии. В связи с этим, под руководством Зоирова П.Т. были защищены кандидатские диссертации соискателей кафедры Низоматдиновой З.А. «Розацеа у жителей жаркого климата» (2005г.) и Саидова Х.М. «Микробиологическая и генетическая характеристика основных возбудителей гнойничко-

вых заболеваний кожи в Таджикистане» (2006 г.), а под руководством профессора Исаевой М.С. - диссертация Курбонбековой П.К. «Распространенность, особенности этиологии, патогенеза, клиники, течения и терапии пидермий у жителей высокогорья, среднегорья и долины» (2007 г).

В этот период продолжались исследования по изучению факторов, приводящих к развитию псориаза. Изучением нарушений липидного и углеводного обмена при псориазе у детей занималась ассистент кафедры Исмагуллоева С.С., которая в 2009 году защитила кандидатскую диссертацию «Совершенствование терапии псориаза у детей на фоне нарушения метаболизма липидов и углеводов». Ею установлена прямая зависимость между нарушениями липидного и углеводного обмена, тяжестью течения, распространенностью и локализацией кожного процесса.

В исследованиях аспиранта Мухитдиновой Г.М. помимо изучения нарушений липидного и углеводного обмена при псориазе, для диагностики редких и локальных форм дерматоза, а также для прогнозирования вероятности возникновения заболевания у родственников первой и второй степени родства использована методика инфракрасной спектроскопии. Под руководством Зоирова П.Т. она защитила в 2010 году кандидатскую диссертацию «Совершенствование диагностики оценки эффективности лечения псориаза методом инфракрасной спектроскопии».

Соискатель кафедры Бухориев К.М. провел исследования и защитил кандидатскую диссертацию на тему «Кожные проявления брюшного тифа и значение их в оценке тяжести, прогноза и терапии болезни» (2010 г). Научной новизной работы явилось прогнозирование исходов брюшного тифа на основании интерпретации кожной сыпи.

Анализ результатов, полученных аспирантом Буриевой З.Т., которая работала под руководством профессора Исаевой М.С., показал эффективность комбинированных методов терапии вульгарных угрей с использованием антибиотиков широкого спектра действия и синтетических ретиноидов. В результате проведенных исследований в 2010 году Буриева З.Т. защитила диссертацию «Вульгарные угри. Этиология, некоторые стороны патогенеза, особенности клиники, оптимизация терапии» [1,2,3].

С 2010 года научно-исследовательская работа кафедры дерматовенерологии была посвящена теме «Изучение особенностей клиники, течения, терапии хронических рецидивирующих дерматозов не выясненной этиологии с учетом типа нервной системы». В данном направлении в 2011 году защищены кандидатские диссертации С.И. Собир по теме «Особенности клинического течения и лечения витилиго с учётом типа нервной системы» (2011 г.) и Эгамовой Ш.Б. «Особенности клинического течения кариеса зубов и заболеваний пародонта при дерматозах».

Результаты научных исследований, проведенных под руководством профессора Зоирова П.Т. отражены в его монографиях «Лечение и профилактика псориаза у детей с учетом особенностей клиники этого заболевания в Таджикистане», «Совершенствование терапии нейродермитов в условиях жаркого субтропического климата», «Климато-бальнеотерапия хронических рецидивирующих дерматитов в условиях высокогорного минерального источника Гарм-Чашма», «Пыльцевая аллергия у детей», «Синдромы и симптомы в дермато-венерологии», «Целебные минеральные источники Таджикистана и болезни кожи», «Пигментная ксеродерма», «Лепра в Таджикистане», «Диагностика и лечение рака кожи в Таджикистане», «Частная дерматология и венерология», «Инфекции, передающиеся половым путем» [1,2,3].

С сентября 2015 года на должность заведующей кафедрой назначена доктор медицинских наук Мухамадиева Кибриёхон Мансуровна, которая работала на кафедре с 1996 года и под руководством профессора Зоирова П.Т. защитила кандидатскую диссертацию по теме «Совершенствование терапии варикозной экземы с учетом гемодинамических показателей».

Дальнейшие научные исследования она проводила в Таджикском институте последиplomной подготовки медицинских кадров, являясь заведующей курса медицинской косметологии, а затем, в качестве старшего научного сотрудника отделения восстановительной хирургии Республиканского центра сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения республики Таджикистан, так как занималась проблемами рубцов кожи. В 2012 году Мухамадиева К.М. под руководством заведующей кафедры дерматовенерологии и косметологии Новосибирского государственного медицинского университета д.м.н., профессора Немчаниновой О.Б. в диссертационном совете Новосибирского государственного медицинского университета защитила докторскую диссертацию по теме «Профилактика и лечение рубцов кожи у жителей различных климатогеографических регионов Таджикистана».

На сегодняшний день под руководством Мухамадиевой К.М. проводятся научные исследования темы НИР кафедры «Распространенность, особенности клинического течения хронических дерматозов и косметических дефектов кожи, оптимизация терапии». В этом направлении проводятся исследования по эстетически значимым дефектам кожи (витилиго у подростков, келоидные рубцы у женщин, алопеции). По данной теме планируется защита 5 диссертаций на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Подготовкой научных кадров занимаются заведующая кафедрой д.м.н. Мухамадиева К.М., профессор Исаева М.С., доценты Дадабаев Р.Д. и Саидзода Б.И. За последние три года опубликовано 88 статей и 51 тезис, из них 19 опубликованы в журналах ВАК РФ.

За период с 2015 года по настоящее время две кандидатские диссертации защищены в диссертационном совете ВАК Российской Федерации при Московском медицинском институте имени И.М. Сеченова: под руководством профессора Зоирова П.Т. «Роль семейных очагов в эпидемиологии чесотки, совершенствование лечебно-диагностических и профилактических мероприятий в Республике Таджикистан», 2016 год (Устобаева Т.Т.); под руководством профессора Исаевой М.С. «Распространенность, особенности клинического течения, диагностики, терапии опоясывающего герпеса в республике Таджикистан», 2017 год (Мирзоева М.Т.). В 2019 году во вновь созданном диссертационном совете ВАК Республики Таджикистан успешно защищена кандидатская диссертация ассистента кафедры Абдуллоевой М.А «Разноцветный лишай в условиях жаркого климата (патогенез, особенности клиники, терапия и профилактика).

В настоящее время профессорско-преподавательский состав кафедры состоит из 15 человек, оstepенность кафедры составляет 80%. За последние три года сотрудники кафедры принимали участие в 6 международных и 24-х республиканских научно-практических конференциях, выпустили одну монографию, 3 учебно-методических

пособия, 17 учебно-методических рекомендаций. За последние 5 лет подготовлено 15 клинических ординаторов, 5 врачей-интернов. Научные исследования проводят 5 соискателей и один аспирант.

За достигнутые успехи в науке и практическом здравоохранении сотрудники кафедры отмечены наградами Правительства Республики Таджикистан: Зоиров П.Т. (лауреат премии ЭКО, орден Славы), Исаева М.С. (орден Славы, заслуженный работник здравоохранения). Семь сотрудников отмечены значком «Отличник здравоохранения», двое - награждены премией Исмоила Сомони.

Таким образом, кафедра дерматовенерологии, функционирующая на протяжении 78 лет в составе Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино, в настоящее время продолжает успешно развиваться, используя наставнический опыт и интеллектуальные способности молодых ученых. Сотрудники кафедры постоянно совершенствуют преподавательскую, научную и лечебную деятельность, сохраняя многолетние традиции предшествующих поколений.

«Что счастье?
Это быть собою!
Не спасовать и не предать.
И что даровано судьбою,
не растерять, а передать...» (В.Поляков)

Литература:

1. Зоиров П.Т., Мухамадиева К.М., Исаева М.С., Абдиева Д.Х. Достижения кафедры дерматовенерологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни сино за 25 лет независимости/ Материалы круглого стола, посв.25-летию независимости республики Таджикистан, Душанбе – 2016- стр. 17-24
2. Энциклопедияи мухтасари тиб, соли 2011- 503 с
3. Донишгохи Давлатии Тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино, соли 2009 – 608 с.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ ГОУ «ТГМУ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»

Азизов А.А., Султонов Ш.Р, Сафаров А.С., Махмаджонов Д.М., Шерназаров И.Б.

Кафедра детской хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», ГУ НМЦ «Шифобахш» РТ, Душанбе

Детская хирургическая служба республики зародилась в 1964 году на базе созданной кафедры детской хирургии и хирургических болезней педиатрического факультета Таджикского госмединститута и трех детских хирургических отделений на 120 коек при организованной в том же году Республиканской клинической больнице (РКБ № 3) [2, 3].

В 1964-1965 гг. хирургическая служба республики была представлена лишь общими хирургами. Были районы, где не было даже хирурга и оказание хирургической помощи возлагались на станцию санитарной авиации. Организация детской хирургической службы в Таджикистане представляла собой назревшую проблему, т.к. дети составляли от 35 до 55% населения в различных регионах республики [2-4].

Развитие детской хирургии в Таджикистане – это труд большого коллектива организаторов здравоохранения и хирургов. С первых шагов нашу службы поддерживали Минздрав республики (И.А. Саженин, Л.В. Шанский, Х.М. Абдушукурова), ректор Таджикского госмединститута профессор З.П. Ходжаев, главный хирург республики, а затем ректор ТГМИ профессор К.Т. Таджиев, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ТГМИ, профессор Н.З. Монаков. В течение первого года работы клиники коечный фонд был расширен до 160, а затем и до 185 коек. Следует особо отметить огромную помощь в работе клиники детской хирургии главных врачей РКБ №3 кандидатов медицинских наук А.К. Абдуллаева, М.К. Аюбова, М.М. Одинамамадова.

В подготовке кадров для клиники неоценимую помощь оказывали коллективы кафедр и отделов детской хирургии медвузов и НИИ педиатрии Москвы, Ленинграда, Киева, возглавляемые профессорами С.Я. Долецким, Ю.Ф. Исаковым, Г.А. Баириным, М.Я. Студеникиным, А.Г. Пугачевым, В.М. Державиным, Н.Б. Ситковским, Э.А. Степановым и В.А. Михельсоном. Неценимы были также постоянное внимание и моральная поддержка крупнейших детских хирургов - профессоров А.П. Биезинья (Рига), М.Л. Дмитриева (Одесса), К.Х. Тагирова (Ташкент), Н.К. Георгиу (Кишинев), А.А. Русановой (Воронеж), И.С. Жорова (Москва), И.К. Ахунбаева (Фрунзе).

Организаторами и первыми преподавателями клиники детской хирургии были Н.Х. Умеджанов, В.Д. Бромберг, Р.И. Палагина, Б.А. Ткаченко, В.А. Игнатова, В.С. Ян, Ш.Р. Султонов, М.Н. Нуриддинов, И.Б. Хан, А.А. Азизов, И.Д. Дехканов и др. под руководством заведующего кафедрой профессора А.Т. Пулатова.

Особую заботу вызвала организация службы детской анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, начало которой было положено неутомимым трудом доцентов Н.Х. Умеджанова, И.Б. Хана и ассистента Э.Х. Хамиджанова. Были созданы курсы первичной специализации и УСО по детской анестезиологии, в организации которых активно помогали профессора В.А. Михельсон, Е.А. Дамир.

В 1974 году клиника и кафедра детской хирургии приобрели статус Республиканского научного общества детских хирургов, началась планомерная подготовка кадров по детской хирургии и детской анестезиологии. Создавались специализированные отделения и бригады, были организованы отделение новорожденных и детей грудного возраста (В.Д. Бромберг, М.Н. Нуриддинов, И.Д. Дехканов); отделение экстренной хирургии (Б.А. Ткаченко); гнойной хирургической инфекции (И.Е. Пичко, А.С. Сафаров); гастроэнтерологии и проктологии (Р.И. Палагина, Х.А. Ахмедов); урологии детского возраста (В.А. Игнатова, А.А. Азизов, Л.Ф. Степанова); анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (Н.Х. Умеджанов, Ш.Р. Султонов, Р.Р. Яртиева, И.Б. Хан); торакальной хирургии (В.С. Ян, Л.Е. Ким, Т.А. Абдуфатаев); биохимической и экспресс-лаборатории в 1969 г. (Н.Р. Кадушкина, П.Ю. Штейман); специализированное приемное детское хирургическое отделение (Ш.Н. Давлятмамадов, С.З. Зийиниди-

нов) в 1976 г.; кабинеты физиотерапии (М.М. Назирбекова), ЛФК (Н.Н. Борисенко) в 1970 г.; отделение гипербарической оксигенации (Н.В. Ермошкевич, Ф.З. Саломов) в 1988 г. С начала организации Республиканского центра детской хирургии (РЦДХ) функционировал один, а с 1976 г. - два рентген-кабинета (С.А. Сунцова).

В последующие годы были организованы кабинеты: гемосорбции (П.П. Новиков), УФО крови (Ф.З. Саломов), эндоскопии (А.П. Трофименко), УЗИ (А.Р. Зиевдинов), ангиографии (Г.Н. Еникеев, Г.Н. Мазакон), лазеротерапии (Р.Р. Рофиев), экспресс-бактериологических исследований (М.Ш. Муборакшоев).

В 1985 г. на базе приемного отделения клиники был организован детский хирургический стационар одного дня (ДХСОД) (М.Н. Нуриддинов, И.Е. Пичко), в 1993 г. на базе ГДП № 10 (глав. врач И.А. Байзарова) - центр амбулаторной хирургии детского возраста (ЦАХДВ) где выполнялись оперативные вмешательства по принципу ДХСОД (С.З. Зайнидинов, А.А. Файзулаев).

Улучшение качества интенсивной терапии и реанимационной помощи больным в детских соматических отделениях города и снижение досуточной летальности в РЦДХ стало возможным, благодаря организации выездной детской консультативно-реанимационной бригады скорой помощи в 1978 г. при РЦДХ (Ф.Х. Гаптулин, С.М. Дадабаева).

С первых дней организации РЦДХ работал в тесном контакте со службой санитарной авиации, проводил плановую шефско-консультативную помощь лечебно-профилактическим учреждениям (ЛПУ) республики.

Основными направлениями научных исследований были следующие: изучение влияния обезболивания и оперативных вмешательств на жизненно-важные функции организма ребенка со своевременной коррекцией их нарушений (М.Н. Нуриддинов, Н.Р. Кадушкина, А.А. Мансуров, М.М. Масаидов); изучение проблем клинической анестезиологии детского возраста - адаптация к детскому возрасту широко применявшихся анестетиков: этанола (Ш.Р. Султонов) циклопропана (И.Б. Хан), фторотана и хлороформа (А.А. Калиберда); разработка продленной послеоперационной анальгезии (Э.Х. Хамиджанов, Х.А. Ахмедов). Особое место в научных поисках анестезиологов клиники принадлежит вопросам экономного расходования донорской крови во время оперативных вмешательств, аутогемотрансфузии, реинфузии крови (А.Т. Пулатов, И.Б. Хан, Э.Х. Хамиджанов), использование искусственной гемоделиции с управляемой гипотонией при оперативных вмешательствах на почках (Е.Ю. Гриненко). Весьма перспективными являются разработки по оптимизации операционного и ближайшего после операционного периода у детей при эхинококкэктомии (Э.Х. Хамиджанов). Проводились также крупномасштабные многолетние исследования по всестороннему изучению особенностей течения распространенных в Таджикистане заболеваний - уролитиаза (А.Т. Пулатов, Л.Ф. Степанова, Х.А. Касымова, А.А. Азизов, Х.Х. Хайруллоев, С.З. Зайнидинов) и эхинококкоза у детей (А.Т. Пулатов, Э.Х. Хамиджанов, Т.А. Абдуфатов), некротической флегмоны новорожденных (И.Д. Дехканов), острой бактериальной деструкции легкого (М.Н. Шнайдерман, Р.Р. Рофиев), нефролитиаза (Х.Х. Хайруллоев), псевдофурункулёза (М.Ш. Муборакшоев).

В клинике разработаны оригинальные методы диагностики и лечения остро-гнойных процессов: способ двойного дренирования и длительного промывания гнойного медиастинита (А.Т. Пулатов, Х.Е. Ким); остеотометрия и щадящее промывание костно-мозгового канала при остром гематогенном остеомиелите трубчатых костей (А.С. Сафаров).

Широкое признание среди детских хирургов бывших республик Союза получили: методика ранней поднаркозной эзофагоскопии и промывание пищевода при острых химических ожогах (А.Т. Пулатов, С.М. Дадабаева, С.Б. Давляттов); способы щадящей нефролитостомии с интратанальной пластикой при нефролитиазе, осложненном калькулезным пиелонефритом и калькулезным гидронефрозом (А.Т. Пулатов, Х.А. Касымова, Л.Ф. Степанова); создание искусственной междолевой и межсегментарной щели при эхинококкозе легкого и пломбировка остаточной полости печени после эхинококкэктомии лоскутом большого сальника на сосудистой ножке (А.Т. Пулатов).

Сотрудники клиники уделяют внимание разработкам и альтернативной хирургии: рентгеноэндоскопической пломбировке сосудов при врожденной гипоплазии почки, сопровождающейся ренальной гипертензией (Г.Н. Еникеев, Л.Ф. Степанова, Г.Н. Мазакон), эндоваскулярной блокаде при варикоцеле (Г.Н. Мазакон), плановому низведению солитарного камня мочеточника (С.З. Зайнидинов), способам выведения ущемленных камней уретры (Д.М. Махмаджонов). Всего в практическую работу детских хирургов внедрено более 50 различных оригинальных и усовершенствованных А.Т. Пулатовым и сотрудниками клиники детской хирургии ранее известных операций и лечебно-диагностических манипуляций.

Сотрудниками клиники защищено 5 докторских и 42 кандидатских диссертаций, выпущено 18 монографий и учебных пособий, 52 методических рекомендации, получено 17 авторских свидетельств, более 350 удостоверений на рационализаторские предложения. Сотрудниками РЦДХ опубликовано более 2000 научных работ в центральных и республиканских журналах в т. ч. 280 - в материалах конференций, съездов и симпозиумов. Выпущено 15 сборников трудов кафедры и материалов конференций, съездов, 80 методических разработок для студентов. В настоящее время выпускается крупное руководство по разделам детской хирургии для врачей и студентов.

Наряду с научными исследованиями, РЦДХ обеспечивал высококвалифицированную и специализированную медицинскую помощь больным детям с общехирургической патологией, заболеваниями органов грудной и брюшной полостей, мочеполовой системы, с комбинированной травмой, гнойной инфекцией и хирургическим сепсисом, экзогенными отравлениями.

Ежегодно в РЦДХ обращаются от 8 до 10 тысяч детей, из них госпитализируются и получают лечение от 5 до 7 тысяч больных, 2,0-2,5 тысячам больных оказывается амбулаторная помощь. Хирургическая активность клиники в разные годы варьировала от 59,9 до 65,3%. Ежегодно на базе РЦДХ производилось от 4,5 до 5,5 тысяч оперативных вмешательств, в т. ч. в клинике: 400-500 больших, 800-1000 средних и малых, 1000-1500 амбулаторных операций; на базе ДХСОД до 2,5 тысяч, в ЦАХДВ - более 250 оперативных вмешательств.

Работа детской выездной консультативно-реанимационной бригады при РЦДХ способствовала заметному снижению досуточной летальности в клинике. Эта бригада ежегодно обслуживала до 4000 вызовов из детских соматических отделений ЛПУ города и с мест происшествия, оказывала реанимационную помощь на месте, обеспечивала подготовку и правильную транспортировку тяжелых больных в центр.

Большая консультативная и лечебно-диагностическая работа проводилась по линии санитарной авиации, оказывалась плановая шефско-консультативная помощь. Сотрудники центра в общей сложности обеспечивали 150-200 вызовов в год по санавиации, причем, 58,3% больных после консультации и оказания лечебно-диагностической помощи переводились в РЦДХ, 27,2% больных осматривались и оперировались на месте, 11,4% больных осматривались и оставались на месте, в 3,1% случаев были даны советы по телефону.

За всеми квалифицированными специалистами клиники были закреплены районы и области республики. Они ежегодно по 2-3 раза выезжали в подшефные районы, оказывали организационно-методическую и лечебно-диагностическую помощь на месте.

За годы существования кафедры и РЦДХ подготовлено более 800 квалифицированных специалистов по различным профилям детской хирургии (анестезиологии-реаниматологии, урологии, пульмонологии и детской хирургии общего профиля), которые работают во всех районах и городах республики.

РЦДХ способствовал организации четырех областных центров детской хирургии в Ленинабаде, Курган-Тюбе, Кулябе, Хороге. В этих центрах были организованы отделения или специальные палаты для детей с урологической патологией, созданы отделения (или палаты) детской анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. Первые межрайонные и районные отделения детской хирургии были созданы в Пролетарске (для Пролетарского и Науского районов), Ура-Тюбе (для Ура-Тюбинского, Зафарабадского, Ганчинского районов), районные отделения детской хирургии при Канибадамской, Исфаринской, Матчинской и Пенджикентской ЦРБ. Большими энтузиастами в организации таких отделений в Ленинабадской области были: заведующий областным отделом здравоохранения А.В. Вахобов, главный внештатный детский хирург области, кандидат мед. наук И.Д. Дехканов, главный врач Ленинабадской горбольницы С.У. Урунов, главный врач Пролетарской ЦРБ Б.М. Махмудов, главный врач Исфаринской ЦРБ С.Х. Халиков, детские хирурги и детские анестезиологи С.З. Зайнидинов, А.И. Иномов, Р.Р. Рофиев, Т.А. Абдуфатаев, У.А. Абдурахмонов, А.А. Аминов, А.Г. Гафаров, А.М. Машарипов, М.А. Абдувахобов, У.Б. Бойматов.

Из-за малой мощности большинства ЦРБ, на юге республики организация отделений детской хирургии шла медленнее, были созданы самостоятельные отделения детской хирургии, анестезиологии-реаниматологии с палатами интенсивной терапии в г. Кулябе (К.А. Дустов), Колхозабадском (И.К. Худойбердиев), Восейском (А.И. Ибодов), Орджоникидзеабадском (К.Х. Хамидов), Шаартузском (В.С. Ян), Гисарском (А.А. Абдуллаев, Х.О. Овчибаев), Турсунзадевском (Б.М. Маматкулов), Дангаринском (Аминов С.Ч.) районах. Во всех остальных ЦРБ республики были выделены специальные койки для детей с хирургической патологией (от 15 до 20 коек), организованы поликлинические приемы детских хирургов. ЛПУ республики, при необходимости, показания ко всем лечебно-диагностическим процедурам определились детскими хирургами ЦРБ, области и РЦДХ оперативные вмешательства детям производились ими же. В оперативности оказания хирургической помощи детям большая заслуга принадлежит службе санитарной авиации в частности много полезного внесла хирург высшей квалификационной категории А.С. Штус.

Единое организационно-методическое руководство, разноплановая практическая помощь и рациональная организация лечебно-диагностического процесса в ЛПУ республики, осуществляемые РЦДХ, позволили снизить летальность детей, находящихся на стационарном лечении до 0,5%, а послеоперационную летальность до 0,6%. Однако, тяжелая социальная политическая обстановка 1990-1992 гг. несколько ухудшила деятельность органов здравоохранения в целом, и особенно, детского здравоохранения.

За годы независимости республики и стабилизации политической обстановки детская хирургическая служба республики вновь приобрела значительный авторитет в стране.

В 1996 году, по инициативе Министерства здравоохранения республики в г. Душанбе организована городская клиническая детская хирургическая больница (ГКДХБ) на 76 коек 1-ое и 2-ое хирургические отделения по 35 коек и отделение анестезиологии-реанимации на 6 коек. ГКДХБ являлся базой кафедры детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров (ТИППМК), где проводятся курсы усовершенствования врачей детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов, кроме этого круглосуточно оказывается экстренная и плановая хирургическая помощь детскому населению города. В настоящее время в клинике ГКДХБ работают 2 профессора, 2 доцента, 10 кандидатов медицинских наук.

В настоящее время РЦДХ переименован в клинику детской хирургии ГУ Национального медицинского центра «Шифобахш» Республики Таджикистан (НМЦ РТ), который остаётся базой кафедры детской хирургии анестезиологии и реаниматологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино и располагает 197 штатными койками, общий коечный фонд службы детской хирургии составляет 1500.

Несмотря на организацию новой клиники городской детской хирургии, заметного уменьшения количества больных, поступающих в клинику детской хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан, не отмечено. Работа остаётся напряженной благодаря налаженной системе круглосуточной работы детских хирургов, детей с различными врожденными пороками внутренних органов и систем, доставляют из разных уголков республики им оказывают своевременную квалифицированную хирургическую помощь в любое время суток.

С 1997 по 2010 гг. кафедрой детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино заведовал заслуженный деятель науки РТ, д.м.н., профессор Азизов Азам Азизович. В эти годы в клинике внедрено много различных оригинальных методов реконструктивно-восстановительных операций на различных органах и системах. Основными направлениями научных исследований было: изучение отдаленных результатов

хирургического лечения крипторхизма у детей (А.Т. Пулатов, И.Б. Шерназаров); разработка пути снижения путей снижения операционного и анестезиологического риска у новорожденных и детей раннего возраста с пороками развития пищеварительного тракта (А.А. Азизов, З.Н. Набиев, Р.А. Рахматова); изучение результатов применения раствора урсусульфата в лечении гнойных ран у детей (С.Х. Ходжаев, М.К. Шарипов) пути снижения послеоперационных осложнений уrolитиаза у детей (А.А. Азизов, А.Р. Зиёвиддинов); анализ диагностики и тактики лечения кист костей (А.С. Сафаров, А.А. Азизов, Ш.Р. Султонов); а также диагностики и тактики хирургического лечения обструктивно-гнойного калькулёзного пиелонефрита на фоне врожденных пороков почек у детей (А.А. Азизов, Ф.Х. Сафедов, Р.К. Мирзоев, А.А. Азизов, Д.М. Махмаджанов); изучение особенностей проявления и тактики хирургического лечения склероза шейки мочевого пузыря у детей (А.А. Азизов, Г.Т. Бакиева); разработка современных методов диагностики и лечения закрытой травмы живота у детей (А.А. Азизов, Б.Н. Асламов, Ш.Р. Султонов, И.Д. Сайфуллоев); диагностики и тактики хирургического лечения нефролитиаза у детей (А.А. Азизов, А.Ш. Шаханов, Р.М. Нуриддинов); оптимизация диагностики и комплексного лечения хронической почечной недостаточности калькулезной этиологии у детей (А.А. Азизов, И.К. Атоев, Д.М. Махмаджанов); изучение особенностей отсроченной тактики хирургического лечения экстрофии мочевого пузыря у детей (А.А. Азизов, Займуддинов Б.М.); оптимизация методов диагностики и лечения выпадения прямой кишки у детей (А.А. Азизов, С.Х. Ходжаев, Р.Ш. Ахмедов, И.Д. Сайфуллоев).

С 2010 г. по настоящее время кафедрой детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино возглавляет д.м.н., профессор Султонов Шерали Рахмонович. На кафедре работают 2 профессора, 3 доцента, 15 кандидатов медицинских наук. За эти годы коллективом разработаны различные оригинальные способы хирургического лечения различных заболеваний органов грудной и брюшной полости, а также костной системы при гнойно-воспалительных заболеваниях у детей. Основными направлениями научных исследований являются: комплексная диагностика и лечение острого и хронического гематогенного остеомиелита у детей (Ш.Р. Султонов, А.А. Азизов, А.С. Сафаров); оптимизация методов лечения кишечных свищей у детей (А.А. Азизов, А.С. Сафаров, Ш.Р. Султонов, Б.А. Сафаров, И.Б. Шерназаров); современная диагностика и лечение поврежденных органов грудной и брюшной полости у детей (Ш.Р. Султонов, И.Д. Сайфуллоев, Б.Н. Асламов); лапароскопическая диагностика и лечение острых заболеваний органов брюшной полости у детей (Ш.Р. Султонов, Ш.Д. Рахмонов, Х.З. Зарифов); лапароскопическое лечение грыж передней брюшной стенки у детей (Ш.Р. Султонов, Х.З. Зарифов); лапароскопическое лечение эхинококкоза органов брюшной полости у детей (Ш.Р. Султонов, Х.З. Зарифов); диагностика и комплексное лечение спасочной болезни и ее осложнений у детей (Ш.Р. Султонов, И.Д. Сайфуллоев, Ю.Т. Додожонов); оптимизация диагностики и лечения острого гематогенного эпифизариального остеомиелита у новорожденных (Ш.Р. Султонов, И.Б. Шерназаров); изучение влияния нефролитиаза на качество жизни детей с учетом их жизнеустройства (Д.М. Махмаджанов); оптимизация диагностики и отдаленные результаты лечения острых заболеваний яичка у детей (А.А. Азизов, А.А. Файзулаев); диагностика и выбор метода хирургического лечения врожденного гидронефроза, обусловленного аномальными сосудами у детей (Ш.Р. Султонов, А.А. Азизов, А.М. Сатторов); диагностика и лечение рецидивных камней почки у детей (Ш.Р. Султонов, С.С. Джаборов); диагностика и лечение пороков развития пищевода, впервые выполнено успешное радикальное первичное эзофагопластика при атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищем (Ш.Р. Султонов, И.Б. Шерназаров, Ш.Д. Рахмонов).

Внедрены новые методы операции при болезни Гиршпрунга: лапароскопические низведения аганглионарной зоны по Джорсону, трансанальное низведения по методике Дела-Торе-Мандрегона (Ш.Р. Султонов, И.Б., Зарифов Х.З., Шерназаров, Ш.Д. Рахмонов, Сайфуллоев И.Д.) и при аноректальных мальформациях также внедрены новые методы проктопластики: передне- и заднесагитальные доступы по методике Альберто Пенья (Ш.Р. Султонов, И.Б. Шерназаров, Ш.Д. Рахмонов). Усовершенствованы и внедрены современные методы диагностики и лечения аномалиях развития желчных ходов (операция Касаи), кистозных трансформации холедоха: гепатикоэоаноанастомоз по методике Ру, и гепатикодуоденоанастомоз по Г.А. Баирову (Ш.Р. Султонов).

Также внедрены новые оригинальные методы диагностики и лечения в уроандрологии детского возраста, разработаны индивидуальные подходы в тактике лечения двухстороннего врожденного уретерогидронефроза и различных форм гипоспадии (Азизов А.А., Махмаджанов Д.М., Каримова М.К.) а также при экстрофии мочевого пузыря (Азизов А.А., Займуддинов Б.М.).

В настоящее время в плановой и экстренной хирургии детского возраста бурно развиваются и внедряются видеолапароскопические операции. Большая заслуга в этом принадлежит ведущим детским хирургам СНГ и Европы - сотрудникам кафедры детской хирургии РГМУ им. Пирогова профессорам Дронову А.Ф., Разумовскому А.Ю.; кафедры детской хирургии РМАПО профессору Соколову Ю.Ю., доценту Коровину С.А.; кафедры детской хирургии западно-Казахстанской медицинской академии им. М. Оспанова профессору Котлобовскому В.И.; заведующему кафедрой детской хирургии МГМСУ профессору Поддубному И.В.; сотрудникам Московского НИИ педиатрии и детской хирургии - профессора Розинову В.М., Петлаху В.И.; сотрудникам клиники детской хирургии МОНКИ им. М.Ф. Владимирского профессору Машкову А.Е., Цуману В.Г.; сотрудникам кафедры детской хирургии Санкт-Петербургский МАПО профессору Шебенкову М.В., Когину А.Н.; сотрудникам кафедры детской хирургии Гразского медицинского университета (Австрия) профессорам Michael Hollwarth и Sehimpl. В названных ВУЗах за последние 5 лет подготовлено около 10 специалистов - эндохирургов и детских хирургов.

В развитие хирургии новорожденных значительный вклад внесли ведущие детские неонатальные хирурги Санкт-Петербурга (профессора Караваева С.А., Немилова Т.К.), и Москвы (профессора Разумовский А.Ю., Мокрушина О.Г.) а также коллеги из Швейцарии по государственное соглашение 2016-2020 гг. (профессора Дан Аронсон, Мая Хорст, Андреас Диетл, Соня Шауер, детский анестезиолог-реаниматолог Йохен Элфген, операционные сестры Бриджит Фрицки, Даниела Цилтнер, Вадуд).

За это период сотрудниками кафедры и клиники защищено 1 докторских и 5 кандидатских диссертаций, выпущено 6 монографий и учебных пособий, 32 методических рекомендации, получено 12 авторских свидетельств,

более 35 удостоверений на рационализаторские предложения. Сотрудниками РЦДХ опубликовано более 400 научных работ в центральных и республиканских журналах в т. ч. 280 - в материалах конференций, съездов и симпозиумов. Выпущено 5 сборников трудов кафедры и материалов конференций, съездов, 35 методических разработок для студентов. В настоящее время выпускается крупное руководство по разделам детской хирургии для врачей и студентов.

При поддержке Правительства республики, Министерства здравоохранения и социальной защиты населения республики Таджикистан в 2005 году клиника детской хирургии ГУ НМИЦ «Шифобахш» РТ была оснащена новейшими современными технологиями: компьютерной томографией, современными рентгеновскими аппаратами (включая передвижные, портативные рентгенаппараты), современными гибкими эндоскопами (гастроскопами, бронхоскопами, колоноскопами, цистоскопами) эндовидеохирургическим набором компании Карл Шторц (Германия), новыми операционными наборами, операционными столами, сухожаровыми шкафами, автоклавами и т. д., которые до сегодняшнего дня в полном объеме используются в лечебно-диагностическом процессе.

Из года в год улучшается оснащение кафедры компьютерами, мультимедийной аппаратурой мягким и жестким инвентарем. В 2010 году на базе кафедры детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, вновь организованы курсы усовершенствования врачей по детской торакальной хирургии, хирургии новорожденных, детской анестезиологии и реаниматологии, по актуальным вопросам детской хирургии и детской урологии. На этих курсах с большим энтузиазмом обучаются детские хирурги из областей и районов республики.

Сотрудники кафедры и клиники детской хирургии до настоящего времени оказывают шефско-консультативную помощь по всем районам республики, кроме того по линии санитарной авиации обеспечивают экстренную и хирургическую помощь детям на местах [2, 5].

За годы независимости республики, при поддержке Государства, Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» и ГУ НМИЦ «Шифобахш» РТ детскими хирургами, анестезиологами и реаниматологами проведены научно-практические конференции с международным участием «Осложнения уrolитиаза у детей», (1998); VI научно-практическая конференция детских хирургов Ленинабадской области, посвященная 70-летию со дня рождения Заслуженного деятеля науки, члена корреспондента АН Республики Таджикистан, профессора А.Т. Пулатова «Тактические ошибки и осложнения в диагностике и лечение острых хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей» (1998); «Права ребенка на оперативное лечение и актуальные вопросы детской хирургии» (2004); «Проблема перитонита у детей» (2006); «Успехи детской хирургии за годы независимости Республики Таджикистан» (2007); I съезд детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов, (2001); II съезд детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов (2008); V съезд педиатров и детских хирургов Таджикистана (2010). В 2013 году (24-25 мая) сотрудниками кафедры детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино совместно с Ассоциацией детских хирургов РТ проведено научно-практическая конференция с международным участием «Достижения и перспективы развития детской хирургии Таджикистана», посвященную 85-летию со дня рождения член-корр. АН Республики Таджикистан, профессора А.Т. Пулатова. В 2014 проведено международный симпозиум детских хирургов на тему «Диагностика и лечение кишечных свищей у детей». В 2018 году проведено симпозиум детских хирургов с международным участием на тему «Хирургия пороков развития у детей».

Следует отметить, что кроме достижений у службы есть и трудности это во-первых, дефицит квалифицированных кадров анестезиологов-реаниматологов, детских неонатальных хирургов, во-вторых нехватка высокотехнологического медицинского оборудования (современных дыхательных и наркозных аппаратов, эндоскопов, цифровых рентгеновских аппаратов, компьютерных томографов, видеолaparоскопических стоек для новорожденных и детей раннего возраста и т.д.). Надеемся на то, что при поддержке Государства и Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ, в ближайшем будущем эти проблемы будут преодолены и специалисты повисят качество детской хирургической помощи во благо детей будущего нашей страны.

В заключении можно отметить, что детская хирургическая служба республики, несмотря на различные трудности переходного периода, развивается и идет, вперед используя достижения основоположников этой науки в Таджикистане, опираясь на многолетнюю дружбу и взаимосвязь с передовыми школами детской хирургии Российской Федерации и Европы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуфатов Т.А. Организация хирургической, анестезиологической и реанимационной службы детского возраста в Республике Таджикистан. -Душанбе, 2007. -С. 18-22.
2. Азизов А.А. с соавт. Детская специализированная хирургическая служба Республики Таджикистан. Успехи детской хирургии за годы независимости Республики Таджикистан. – сб. работ, посвященных 70-летию профессора А.А. Азизова. -Душанбе, 2007. -С. 11-16.
3. Пулатов А.Т. Детская специализированная хирургическая служба Республики Таджикистан. 30 лет детской хирургии Таджикистана. Сборник научно-практических работ. -Душанбе, 1994. -С. 5-11.
4. Салимов Н.Ф., Джабирова С.Б. Ситуация по оказанию медицинской помощи детям в Республике Таджикистан. Педиатрия и детская хирургия Таджикистана. -Душанбе, 2010. -С. 6-9.
5. Султонов Ш.Р., Азизов А.А. История развития детской хирургии республики Таджикистан. Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. -Москва, 2013.-№3 -С. 76-83.

СТАНОВЛЕНИЕ, РАЗВИТИЕ И НАУЧНЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ КАФЕДРЫ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ №2 ТГМУ им. АБУАЛИ ИБНИ СИНО

Исмаилов К.И., Давлатова С.Н.

Кафедра детских болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Кафедра детских болезней была создана в 1942 году и первым её руководителем был С.Я. Шаферштейн, который имел большой опыт педагогической, научно-организационной работы по педиатрии. Научные исследования того времени были посвящены изучению клинических особенностей тропической малярии у детей.

Становление кафедры педиатрии связано с организацией педиатрического факультета, что было продиктовано необходимостью подготовки врачей-педиатров для республики.

Первой кафедрой педиатрии на педиатрическом факультете была кафедра пропедевтики детских болезней, созданная на базе ДКБ №1, которая впоследствии переехала в новый комплекс – детский соматический корпус РКБ №3 им. Дьякова.

Для заведования кафедрой была избрана к.м.н., доцент Г.Е. Левина, 11 мая 1959 года, которая много сил, энергии, энтузиазма отдала организации педиатрического факультета.

Г.Е. Левина приехала в Таджикистан добровольно после окончания Ленинградского медицинского института в 1929 году вместе со своим супругом Н.З. Моноковым. С именем Г.Е. Левиной связано формирование и совершенствование учебного процесса, и улучшение лечебной помощи населению в республике.

Первыми ассистентами на кафедре пропедевтики детских болезней были С.М. Кабулова, А.М. Миракилова, М.Ш. Мухаммадиева, М.Ш. Рос-совская, Э.А. Немировский.

Г.Е. Левина была первым педиатром, в 1953 году защитившей кандидатскую диссертацию по теме «Коматозная малярия у детей» на Учёном Совете нашего института.

Под руководством Г.Е. Левиной были защищены кандидатские диссертации по актуальным вопросам и проблемам педиатрии в Таджикистане: С.М. Кабулова «Особенности течения гломерулонефрита у детей в условиях сухого и жаркого климата Таджикистана»; Р.Ф. Гарькавцева, А.Х. Халилова защитили кандидатские диссертации, посвящённые наследственным гемолитическим анемиям, С.М. Мухаммадиева, А.М. Миракилова - по особенностям клиники, диагностики, дефицитных анемий у детей в разных регионах Таджикистана.

В 1968 году была создана кафедра факультетской педиатрии, руководителем которой была избрана д.м.н. Е.А. Надеждина, приехавшая из НИИ Педиатрии РАМН России (г. Москва). Е.А. Надеждиной было организовано детское кардиологическое отделение, лаборатории ревматологии и иммунопатологии, что определило научное направление кафедры. Научно – исследовательская работа кафедры была посвящена проблемам неинфекционного иммуногенеза у детей с различными системными заболеваниями.

Профессор Е.А. Надеждина уделяла большое внимание росту научных кадров. Под её руководством в течение 5 лет было защищено 8 кандидатских диссертаций, в том числе, Н.Т. Мансурходжаева «Содержание антител к гаммаглобулинам, тканям сердца и печени у детей, больных ревматизмом в Таджикистане»; Н.Н. Нигматуллина «Особенности иммунных ответов у детей с пневмониями»; И.Б. Крейдтнер «Гипопластические состояния кроветворения у детей»; Г.А. Луцкая «Особенности порфиринового обмена при гемолитических анемиях у детей». Кандидатские диссертации были защищены Р.Ш. Азизовой, З.Х. Якубовой, С.Л. Дубновой, И.Н. Мелентьевым.

Под руководством Г.Е. Левиной были защищены кандидатские диссертации по актуальным вопросам и проблемам педиатрии в Таджикистане: С.М. Кабулова «Особенности течения гломерулонефрита у детей в условиях сухого и жаркого климата Таджикистана»; Р.Ф. Гарькавцева, А.Х. Халилова защитили кандидатские диссертации, посвящённые наследственным гемолитическим анемиям, С.М. Мухаммадиева, А.М. Миракилова - по особенностям клиники, диагностики, дефицитных анемий у детей в разных регионах Таджикистана.

В 1968 году была создана кафедра факультетской педиатрии, руководителем которой была избрана д.м.н. Е.А. Надеждина, приехавшая из НИИ Педиатрии РАМН России (г. Москва). Е.А. Надеждиной было организовано детское кардиологическое отделение, лаборатории ревматологии и иммунопатологии, что определило научное направление кафедры. Научно – исследовательская работа кафедры была посвящена проблемам неинфекционного иммуногенеза у детей с различными системными заболеваниями.

Профессор Е.А. Надеждина уделяла большое внимание росту научных кадров. Под её руководством в течение 5 лет было защищено 8 кандидатских диссертаций, в том числе, Н.Т. Мансурходжаева «Содержание антител к гаммаглобулинам, тканям сердца и печени у детей, больных ревматизмом в Таджикистане»; Н.Н. Нигматуллина «Особенности иммунных ответов у детей с пневмониями»; И.Б. Крейдтнер «Гипопластические состояния кроветворения у детей»; Г.А. Луцкая «Особенности порфиринового обмена при гемолитических анемиях у детей». Кандидатские диссертации были защищены Р.Ш. Азизовой, З.Х. Якубовой, С.Л. Дубновой, И.Н. Мелентьевым.

После отъезда Е.А. Надеждиной в 1972 году, на базе факультетской педиатрии была сформирована кафедра педиатрии для преподавания студентам педиатрического факультета V и VI курсов, впоследствии названная кафедрой педиатрии для субординаторов. В 1974 году заведующей кафедрой педиатрии для субординаторов была избрана д.м.н., профессор А.М. Миракилова.

В связи с необходимостью подготовки врачей неонатологов, с целью лучшего освоения современных методов диагностики и лечения по инициативе кафедры были выделены отдельно группы для субординаторов-неонатологов.

В 1981 году при кафедре педиатрии для субординаторов были созданы курсы повышения квалификации для врачей - педиатров республики, где ассистентами работали к.м.н. И.Б. Рыжова и к.м.н. З.А. Таджибаева. На кафедре педиатрии для субординаторов в течение ряда лет изучались вопросы этиологии, патогенеза, клиники и лечения анемических состояний у детей в условиях низкогорных и высокогорных регионов республики. А.М. Ми-

ракиловой защищена докторская диссертация на тему «Клинико-гематологические особенности железодефицитных анемий у детей, жителей высокогорных районов Памира».

А.М. Миракиловой впервые в Таджикистане установлены нормативные показатели периферической крови у здоровых детей, определены критерии анемии в детском возрасте для региона нашей республики в зависимости от возраста. Ею были выявлены морфологические и функциональные особенности эритроцитов, сочетающиеся с дефицитом микроэлементов, в частности, железа.

А.М. Миракилова - автор более 130 научных работ, освещающих актуальные проблемы современной педиатрии. Наряду с интенсивной исследовательской работой А.М. Миракилова проявляет большую заботу о воспитании научных, педагогических кадров, подготовке врачей – педиатров для практического здравоохранения.

С 1990-х годов кафедра педиатрии под руководством А.М. Миракиловой вела научные исследования в области неонатологии. Научные исследования были посвящены теме «Принципы ранней реабилитации перинатальных повреждений у новорожденных и детей раннего возраста». Была изучена этиологическая структура врожденных вирусных инфекций путём комплексного вирусологического обследования.

Возглавляя бессменно кафедру детских болезней №2 ТГМУ в течение 30 лет, А.М. Миракилова большое внимание уделяла разработке различных аспектов педагогического процесса, вопросам кадровой политики. Под её руководством защищены 8 диссертаций: 7 кандидатских и 1 докторская.

В те годы сотрудники кафедры защитили диссертации: Бахмут Е.В. «Внутриутробное инфицирование вирусом краснухи» (1990 г.), Бузрукова Н.Д. «Эпидемиология и диагностические критерии цитомегаловирусной инфекции у новорожденных детей» (1992 г.), Олимова К.С. «Прогноз и метаболическая терапия перинатальной патологии в Таджикистане» (1992 г.), Исаков О.М. «Эффективность восстановительного лечения детей с бронхиальной астмой в горно-климатических условиях Таджикской ССР» (1991 г.), Умаров Д.С. «Инфицированность вирусом гепатита В и С новорожденных в регионе с широким распространением НВ-вирусной инфекции» 1995г.

Кафедра уделяла большое внимание подготовке научно-педагогических кадров в центральных научных центрах. По рекомендации кафедры в Москве в НИИ Педиатрии РАМН окончили аспирантуру и защитили кандидатские диссертации Б.М. Хайдаров «Особенности дилатационной кардиомиопатии у детей» (1987 г.), Р.Х. Саидмуродова «Маловесные дети» (клинико-социальные исследования) и дана оценка физического развития новорожденных города Душанбе (1990 г.), З.А. Мухитдинова «Этиологическая роль внутриутробных смешанных вирусных инфекций в неонатальной патологии» (1991 г.). Сотрудниками кафедры также были защищены докторские диссертации: К.И. Исмаилов по вопросам реабилитации детей с системными заболеваниями крови (1994 г.) «Адаптационные возможности кардио-респираторной системы у детей в различные сроки ремиссии онкологических заболеваний», М.Н. Джураев «Лекарственная аллергия в детском возрасте» (1997 г.).

С 2004 года кафедру детских болезней возглавляет д.м.н., профессор Исмаилов К.И. Он в 1987 году в Москве защитил кандидатскую диссертацию на тему «Состояние кардио-респираторной системы у детей с острым лейкозом и лимфогранулематозом». В 1994 году им защищена докторская диссертация. С 1998 по 1999 годы он был доцентом кафедры, в 1999-2004 годы - работал в должности профессора кафедры.

Под руководством Исмаилова К.И. защищены кандидатские диссертации по следующим темам: Давлатова С.Н. «Адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы у детей с анемиями» (2009 г.), Ходжаева Н.Н. «Клинико-иммунологические особенности у детей с анемиями» (2012 г.), Кудратова С.Н. «Особенности гомеостаза у детей раннего возраста с острыми бактериальными пневмониями» (2013 г.), Мухаммаднабиева Ф.А. «Клинико-иммунологические особенности течения геморрагических диатезов у детей» (2018 г.), Артыкова Т.К. «Клинико-параклинические особенности течения вегето-сосудистой дистонии у детей» (2018 г.), Юсупова М.А. «Клинико-иммунологическая характеристика внутриутробных смешанных инфекций у новорожденных» (2018 г.).

Профессор Исмаилов К.И. является автором более 200 научных статей и тезисов, в том числе, 21 методического пособия и разработок, 3 рационализаторских предложений.

Является Отличником Здравоохранения РТ (2004 г.), награждён медалью «Хизмати Шоиста» в 2012 году.

Научно-исследовательская работа кафедры

Участие сотрудников кафедры на международных конференциях

- 1) Кузибаева Н.К. «Факторы риска развития ВПС у детей в РТ» Франкфурт, Германия.
- 2) Давлатова С.Н. «Врожденная ЦМВИ у детей». Зальцбург, Австрия.
- 3) Джумаева Л.Ф. «Гипоплазия легких у новорожденных детей». Зальцбург, Австрия.
- 4) Юсупова М. А. «Внутриутробная микст-инфекция у новорожденного». Зальцбург, Австрия.

Лечебная работа

Клинической базой кафедры является детский соматический корпус НМЦРТ, рассчитанный на 211 коек. Лечебная база кафедры оснащена всей лечебно – диагностической аппаратурой, необходимой для оказания квалифицированной помощи детям. Ответственным за лечебную работу является доцент кафедры Таджикибаева З.А.

За отмеченный промежуток времени сотрудниками кафедры были изданы более 30 учебно-методических разработок и пособий, в том числе, 3 - на английском языке, 2 учебника по детским болезням - на русском и государственном языках.

Научные исследования посвящены состоянию кардио-респираторной системы у детей с различными соматическими заболеваниями. По научной теме кафедры за последние 5 лет опубликовано 284 работы: 107 тезисов, 172 статьи, в том числе, 43 - в рецензируемых ВАКом РФ и РТ журналах.

Сегодняшний коллектив кафедры состоит из профессора К.И. Исмаилова, доцентов З.А. Мухитдиновой, З.А. Таджикибаевой, С.Н. Давлатовой, к.м.н. Н.Н. Ходжаевой, Ф.А. Мухаммаднабиевой, М.А. Юсуповой, ассистентов Н.М. Курбанова, С.Т. Давлатова, С.А. Расуловой, М.М. Шариповой.

Литература

1. Миракилова А.М. Кафедра детских болезней №2 /А.М. Миракилова //сборник статей, посвященный 50-летию ТГМИ «Таджикский государственный медицинский институт имени Абуали ибн Сино» – 1989.- С.157-160.
2. Кабулова С.М. Кафедра детских болезней лечебного факультета и госпитальной педиатрии /С.М. Кабулова //сборник статей, посвященный 60-летию ТГМИ «60 лет ТГМУ» – 1999.-С.96-100.
3. Исмаилов К.И. Кафедра детских болезней №2 /К.И.Исмаилов //сборник статей, посвященный 70-летию ТГМУ «Кузница врачебных кадров Таджикистана» – 2009.-С.136-137.
4. Бемориёи кӯдакони №2. Энциклопедия. Донишгоҳи Давлатии Тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино.-2009.-С.248-250.

ОЧЕРКИ ИСТОРИИ КАФЕДРЫ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

Аминов Х.Д., Мамаджанова Г.С., Махмудова М.М., Бадалова З.А.

Кафедра детских болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Таджикистан

Кафедра детских болезней лечебного факультета была организована в сентябре 1941 г. и её первым заведующим был профессор С.Я. Шаферштейн (1941-1945гг.), который имел большой педагогический, научно-исследовательский опыт по педиатрии. Первыми ассистентами кафедры детских болезней были Г.Е. Левина, Н.А. Андреева, Н.П. Опекунов.

Педиатрическая наука своим формированием и развитием признательна целому ряду талантливых ученых. Среди них следует назвать таких профессоров как Вайль В.С., Якубова М.М., Вялушкин А.Б., Надеждина Е.А., Кабулова С.М., Миракилова М.М., Азизов А.А., Умарова З.К., Раупов Р.З., Исмаилов К.И., Якубова З.Х., Аминов Х.Д., Юнусов А.Г. Додхоев Д.С., Мамаджанова Г.С.

Клинической базой кафедры служила Детская клиническая больница №1. Научные исследования кафедры были посвящены изучению малярии, хронических расстройств питания, авитаминозам, рахиту и др.

Профессором С.Я. Шаферштейном в 1942г., впервые в Таджикистане было организовано общество детских врачей и он был, первым его председателем.

С 1945 по 1953гг. кафедрой заведовал профессор С.Ф. Широков. Научные исследования кафедры направлены на изучение причин высокой заболеваемости и смертности детей раннего возраста, хронических расстройств питания, малярии, кишечных инфекций, пневмонии. В этот период С.Ф. Широков (1947г.) защитил докторскую диссертацию на тему: «Клинические особенности малярии у детей», а его доцент Г.Е. Левина защитила (1953г.) кандидатскую диссертацию на тему: «Коматозная малярия у детей».

С 1953 по 1963гг. заведующим кафедрой детских болезней лечебного факультета был профессор В.С. Вайль, заслуженный деятель науки. В 1954г. профессором В.С. Вайль впервые в республике была организована субординатура по педиатрии и клиническая ординатура, что способствовало улучшению качества и увеличению числа педиатрических кадров. Им было опубликовано около 80 работ, в том числе монография: «Один из основоположников научной педиатрии Н.П. Гундобин».

Под его руководством была подготовлена большая группа преподавателей и руководителей детских учреждений: М.М. Якубова, Н.П. Преображенская, О.В. Перевозчикова, С.М. Кабулова, М.М. Миракилова, М.Ш. Мухаммадиева, Л.В. Вайль, Р.Е. Бронштейн и др.

С 1963 года по 1984 год кафедрой детских болезней педиатрического факультета заведовала доктор медицинских наук, профессор Якубова М.М. Закончила в 1956 году Таджикский Государственный медицинский институт имени Абуали ибн Сино. На кафедре детских болезней под руководством В.С. Вайль прошла клиническую ординатуру. По окончании работала заместителем главного врача, а потом и главным врачом клинической больницы №2 г. Душанбе. Свою педагогическую деятельность начала ассистентом кафедры, а в последующем стала заведующей кафедры детских болезней педиатрического факультета (с 1963г. по 1984г.).

Под её руководством коллектив кафедры занимался изучением гломерулонефритов и пиелонефритов у детей. В 1972г. М.М. Якубова защитила докторскую диссертацию на тему: «Этиология, патогенез, диагностика гломерулонефрита у детей Таджикистана». Ею было опубликовано более 150 научных работ, методических разработок и 5 монографий посвященных диагностике и лечению пневмоний, ревматизма и нефритов у детей. Она многие годы была председателем общества педиатров, главным педиатром Республики Таджикистан, главным редактором журналов «Педиатрия», «Здравоохранение Таджикистана». Она была членом совета общесоюзного комитета единства стран Азии и Африки.

Она подготовила большой отряд научно-педагогических кадров, в числе которых О.В. Перевозчикова, Р.И. Раупова, Р.З. Габитова, В.М. Колоскова, И.И. Губерман, Ф.А. Измайлова и др.

С 1984 по 1987гг. заведующей кафедрой была доцент О.В. Перевозчикова, а с 1988 по 1995гг. заведовал кафедрой профессор А.Р. Раупов. Под его руководством коллектив кафедры продолжал заниматься изучением заболеваний почек у детей.

Профессора М.М. Якубова, А.Б. Вялушкин и А.А. Азизов в разные годы внедряли в практику лечебно-профилактических учреждений г. Душанбе методы-диагностики активности хронического гепатита у детей и определены схемы лечения. Параллельно изучались вопросы распространенности холицистопатий среди детского населения, были разработаны ранние диагностические критерии дискинезии желчевыводящих путей и холецистита, внедрены методики обследования этого контингента больных детей, налажена профилактика, поэтапное лечение и диспансерное наблюдение. Изданы методические рекомендации по диагностике и лечению холецистита у детей. Предметом изучения сотрудников кафедры явилось изучение этиологии и особенностей клинического тече-

ния диспептических расстройств у детей раннего возраста. В практику деятельности учреждений внедрены методы диагностики заболеваний почек у детей; принципы профилактики и диспансерного наблюдения, этапного лечения больных нефрологического профиля. В работу нефрологических отделений, нефро-кабинетов при поликлиниках г. Душанбе внедрены методы диагностики, диетотерапии и этапного лечения детей с дизметоболитическими нефропатиями. Был открыт Республиканский детский нефрологический центр.

Учитывая, что число студентов педиатрического факультета стало расти, было решено создать еще одну кафедру детских болезней, заведующей которой была долгие годы профессор С.М. Кабулова. Она закончила Таджикский государственный медицинский институт имени Абуали ибни Сино в 1956 году. Клиническую ординатуру прошла на кафедре детских болезней лечебного факультета, далее работала заведующей отделения при детской клинической больнице №2. Педагогическую деятельность начинала ассистентом кафедры детских болезней с курсом госпитальной педиатрии с 1960 по 1969 годы. Кабулова С.М. с 1969 по 1974гг. исполняла обязанности, заведующей кафедрой пропедевтики детских болезней, с 1974 по 2001гг. была заведующей кафедрой госпитальной педиатрии, а с 1995 одновременно в связи с реорганизацией кафедр педиатрического профиля и с образованием ОМФ до 2001 года заведовала кафедрой детских болезней №1. С.М. Кабулова в 1968г. защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Особенности течения гломерулонефрита у детей раннего возраста в условиях сухого и жаркого климата Таджикистана», а в 1981г. - докторскую диссертацию на тему: «Особенности течения стафилококковых заболеваний у детей раннего возраста в условиях сухого и жаркого климата Таджикистана». Она являлась членом редколлегии журналов «Здравоохранение Таджикистана», и «Педиатрия». С 1984 по 2002гг. - председатель Общества детских врачей Республики Таджикистан. Ею опубликовано 217 научных работ по актуальным вопросам педиатрии. Под её руководством выпущено 8 тематических сборников трудов кафедры по гнойно-септической инфекции у детей, издано 7 методических рекомендаций по этой же теме для практических врачей, а также выполнено 6 рационализаторских предложений и 25 внедрений. Кроме того, опубликовано 14 методических разработок и методическое пособие по неонатологии для студентов медицинского университета.

Под руководством С.М. Кабуловой защищены 5 кандидатские диссертации (Ш.Г. Отабекова, Г.С. Мамаджанова, А.Г. Нестеренко, Т.Ф. Голубых, Х.Дж. Аминов).

С 2001-2003гг. исполняющий обязанностей заведующего кафедрой детских болезней №1 был доцент Аминов Х.Дж. С 2003 -2008гг. заведующей кафедры детских болезней №1 была д.м.н. профессор Якубова З.Х., закончившая в 1963 году педиатрический факультет ТГМИ имени Абуали ибни Сино. Прошла клиническую ординатуру по эндокринологии в 1964 по 1966 г. С 1967 года по 1969 год заведовала отделением эндокринологии при детской клинической больнице №2. Педагогическую деятельность начала с 1969 по 1978 годы –ассистентом кафедры госпитальной и факультетской педиатрии, с 1978 по 1987 годы- ассистентом кафедры эндокринологии. С 1987 по 2000 годы –доцентом кафедры и с 2000 по 2003 годы работала профессором кафедры этой же кафедры. С 2003 по 2008 годы заведовала кафедрой детских болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино. А также главным детским эндокринологом при Министерстве здравоохранения Таджикистана. В 1989 году защитила докторскую диссертацию на тему «Сахарный диабет у детей Таджикистана». У нее более 140 печатных работ, более 15 методических рекомендаций и 4 рационализаторских предложений. Якубова З.Х. активный участник международных конференций, конгрессов, съездов. Член редакционной коллегии журнала «Педиатрия и детская хирургия». Она являлась руководителем 2 аспирантов, которые успешно защитились.

С сентября 2008г. заведующим кафедрой детских болезней №1 был избран д.м.н. Аминов Х.Дж. После окончания Таджикского Государственного медицинского института (1969г.) работал детским врачом в поликлинике г. Курган-Тюбе (1969-1971гг.). В 1971 году по направлению министерства здравоохранения был назначен главным врачом районной больницы г. Ордженикисабата, где также занимался врачебной деятельностью. Большую врачебную практику получил на станции скорой помощи г. Душанбе работая на протяжении 2 лет. Педагогическая деятельность –ассистентом, старшим преподавателем, доцентом, заведующим кафедры прошла на кафедре детских болезней №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино. Имеет более 120 печатных работ в журналах, как республики, так и за рубежом. Более 5 методических рекомендаций, входит в состав рабочей группы по национальным стандартам по педиатрии при министерстве здравоохранения и социальной защиты населения. Является членом диссертационного совета в институте послдипломной подготовки. Под руководством профессора Аминова Х.Дж. успешно защитилась научный сотрудник НИИ АГ Зарифова П., а также готовится к защите ассистент кафедры детских болезней №1 Хотамова М.Н.

С сентября 2015 г. по апрель 2017 года заведующий кафедрой детских болезней №1 д.м.н. профессор Додхоев Д.С. Окончив ТГМУ в 1994 году прошел клиническую ординатуру в НИИ АГ г. Душанбе. Далее аспирантура и докторантура в г. Москве. На сегодняшний день профессор Додхоев Д.С. проводит занятия с ординаторами, интернами. Ответственный на кафедре за повышение квалификации врачей по неонатологии. А также является научным руководителем 2 аспирантов. Одна из которых, успешно завершив, работа защитилась и получила звание кандидата медицинских наук. В ТГМУ имени Абуали ибни Сино является заведующим международного отдела. Член редколлегии журнала ВАК Вестник Авицены. Входит в рабочую группу по национальным стандартам и протоколам по неонатологии при министерстве здравоохранения и социальной защиты населения РТ. Имеет 65 научных работ и 23 методических разработок.

В настоящее время кафедрой заведует к.м.н., доцент Мамаджанова Г.С. окончившая ТГМУ в 1987 году. Защитила кандидатскую диссертацию на тему: «сократительная способность миокарда у новорожденных родившихся от матерей с бактериальной инфекцией» в 1994 году в г. Москве. Работает над докторской диссертацией. Имеет более 100 научных работ, 7 методических рекомендаций, 1 методическое пособие. Входит в национальную группу экспертов по иммунизации Республики Таджикистан. Является председателем методической комиссии по педиатрии, членом центральной метод комиссии.

Кафедра на сегодняшний день работает по межкафедральному плану научно-исследовательской теме «Влияние факторов окружающей среды на состояние здоровья и адаптацию новорожденных и детей раннего и старшего возраста». По данной теме сделаны 2 работы Хотамовой М.Н. и Бадаловой З.А. Научная деятельность кафедры сфокусирована вокруг данной темы. Сотрудниками кафедры выпущено более десятков научных статей в журналах ВАК и в других журналах, а также принимают активное участие на международных конференциях, конгрессах, форумах, съездах педиатров. На кафедре активно работает студенческое научное общество под руководством к.м.н., доцента Кобиловой Б.Х. Ежегодно члены кружка принимают активное участие в студенческих конференциях, занимая призовые места.

Коллектив кафедры состоит из 10 основных работников, которые работают на кафедре со стажем от 2-х до 30 лет. Остепененность кафедры составляет 45 %: д.м.н., профессора Аминов Х.Д., Додхоев Д.С. к.м.н., доценты Мамаджанова Г.С., Кобилова Б.Х., старшие преподаватели Умаров Х.У. Самиева Н.Ш., ассистенты Хотамова М.Н., Валиев М.Н., Махмудова М.М., Бадалова З.А. Бакоев Ф. С.

На кафедре обучаются студенты 4 и 6-го курса медицинского факультета, студенты 4 и 6-го курса педиатрического факультета факультета общественного здравоохранения студенты 3 и 6 курсов, а также бакалавры-иностранные студенты 3 курса, клинические ординаторы, интерны.

В конце хотелось бы отметить, что знание таких ученых, вызывают такие эмоции как восторг и гордость. Они являются причиной порождения множество интересных вопросов и тяги к более глубоким и новым открытиям, в сфере медицины и науки в целом.

НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЗА 50 ЛЕТ

Ходжаева Н.М., Саидмурадова Г.М., Рахматов Н.А.

Кафедра детских инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Научная деятельность кафедры детских инфекционных болезней началось с 1961 года и была связана с внедрением курса детских инфекционных болезней в программу обучения студентов при кафедре госпитальной педиатрии, который вели доцент Вайль Л.В. и ассистент Фетисова С.Т. В мае 1968 года приказом ректора ТГМИ имени Абуали ибни Сино заведующим кафедрой был назначен доктор медицинских наук, профессор Абдуллоходжаев З.Я. Под его руководством защищено 8 кандидатских диссертаций. Абдуллоходжаев З.Я. в течение 23 лет заведовал кафедрой и сумел организовать сплоченный педагогический коллектив, который был всегда трудоспособным, ответственным, скромным, любящим и болеющим за своё дело. По инициативе доктора медицинских наук, профессора Абдуллоходжаева З.Я. на базе городской клинической больницы № 2 (ныне городской медицинский центр) была организована самостоятельная структурная единица института – кафедра детских инфекционных болезней. Кроме заведующего кафедрой профессора Абдуллоходжаева З.Я., доцента Вайль Л.В. на кафедре первыми ассистентами работали Бобоев С.Б., Левинзон Э.Н. и Фетисова С.Т.

Профессор Абдуллоходжаев З.Я. более 19 лет был главным внештатным детским инфекционистом Министерства здравоохранения республики, заместителем декана лечебного факультета, деканом производственной практики и интернатуры, заместителем директора ТНИИЭГ, членом правления президиума общества педиатров республики, членом УМС-а Министерства здравоохранения, членом редколлегии журнала «Здравоохранение Таджикистана» и т. д.

Вначале 90 – х годов кафедра стала одной из больших кафедр педиатрического факультета нашего института, в этот период на кафедре трудились более 15 сотрудников из числа профессорско-преподавательского состава и 6 сотрудников учебно – вспомогательного персонала. В эти годы на кафедре работали Аббасов А.И., Бахриддинова М.А., Бронштейн А.Я., Джонгирова Н.Г., Курилов А.Н., Мельниковская Е.В., Радилова (Гугель) Н.В., Толстошеева (Курилова) Т.Ф., Скибо Р.М. Коллектив кафедры неоднократно был победителем социалистического соревнования среди многих кафедр института. Старший научный сотрудник – ассистент кафедры Ключко К.Н. с 1987 по 1992 год являлась внештатным главным детским инфекционистом Министерства здравоохранения республики, членом правления общества «Знание» института.

В последующие годы преподавательский состав кафедры пополнялся из числа опытных врачей - заведующих детскими инфекционными отделениями, имеющими высшую квалификационную категорию врача - инфекциониста, а также из числа завершивших учебу в клинической ординатуре и аспирантуре. В эти годы свою трудовую деятельность на кафедре начинали преподаватели Касымова М.А., Садыков О.Ю., Мамаджанова М.Г. и Гурачевская Л.П., которые активно участвовали в сборе материалов для выполнения научных работ, а также проведения консультативной помощи в детских и реанимационных отделениях на 2 –х базах кафедры.

К сожалению, в 1991 году после непродолжительной болезни скончался заведующий кафедрой, профессор Абдуллоходжаев З.Я., а из – за вспыхнувшей в республике гражданской войны многие сотрудники кафедры выехали за пределы г. Душанбе.

После кончины профессора Абдуллоходжаева З.Я. в феврале 1991 года приказом ректора доцент Бобоев С.Б. был назначен исполняющим обязанности заведующей кафедрой, а 1992 году был избран по конкурсу на эту должность.

Доцент Бобоев С.Б. более 20 лет был главным детским инфекционистом Управления здравоохранения г. Душанбе. Являлся заместителем правления общества «Знание» ТГМИ, членом Ученого Совета университета.

Некоторые преподаватели, являясь ассистентами кафедры, в последующем занимались научной работой, обучаясь в очной и заочной аспирантуре (Мельниковская Е.В., Рахматов Н.А., Скибо Р.М., Файзуллоев Н.Ф., Бронштейн А.Я., Ходжаева Н.М. и Саидмурадова Г.М.).

Научно-исследовательские достижения кафедры в эти годы:

1. Впервые были получены сведения о распространенности, особенностях течения и исходов дельта-вирусной инфекции на фоне острого и хронического гепатита В, роли дельта-агента в формировании хронических гепатитов и цирроза печени у детей в Таджикистане.

2. Впервые доказана диагностическая и прогностическая значимость уровня циркулирующих иммунных комплексов при дельта-гепатите у детей. Выявлена корреляция между показателями данного теста с выраженностью морфологических изменений в ткани печени.

3. На основании математического анализа предложен диагностический алгоритм с учетом информативности клиничко-лабораторных, эхогепатографических исследований для раннего выявления HBsAg-позитивных гепатитов, а также определения степени активности патологического процесса при хронических гепатитах, когда проведение пункционной биопсии печени не представляется возможным.

Вышеперечисленные научные разработки отражены в докторской диссертации Н. Файзуллоева (1993 г.), использованы при составлении методического пособия для студентов и врачей «Острые и хронические вирусные гепатиты у детей» (2002), а также послужили основанием для открытия на базе Городского медицинского центра коллективом кафедры детских инфекционных болезней ТГМУ консультативно-диспансерного кабинета для наблюдения за детьми, перенесшими вирусные гепатиты и больными хроническими формами данной патологии.

Как было сказано выше, Республика Таджикистан считается регионом неблагоприятным по вирусным гепатитам, поэтому не исключена возможность развития других сочетанных форм патологии.

По проблеме смешанных А и В гепатитов у детей с использованием высокочувствительных методов специфической лабораторной диагностики в гиперэндемичном регионе показано широкое распространение микст-гепатитов (А и В) в разных возрастных группах детского населения.

Выявлен высокий удельный вес смешанных А и В вирусных гепатитов (11,8%) среди детей. Доказано, что гепатит А и острый вирусный гепатит В (коинфекция) по клиничко-лабораторным проявлениям, течению и исходам имеет отчетливое отличие от моноинфекции.

Взаимного отягощающего влияния гепатита А и латентной HB-вирусной инфекции не отмечено. Однако присоединение гепатита А к манифестному хроническому гепатиту В способствовало развитию среднетяжелых и тяжелых форм заболевания и более частому прогрессированию патологического процесса в печени, а также сопровождалось более яркими и продолжительными клиничко-биохимическими проявлениями.

Проведенные научные исследования отражены в кандидатской диссертации Г.М. Саидмурадовой (1998 г.), которые позволили представить информацию специалистам практического здравоохранения о существовании и удельном весе смешанных гепатитов А и В в структуре острых вирусных гепатитов среди детей в Таджикистане.

В 1997 году после завершения работы над докторской диссертацией и защиты диссертации по конкурсу на должность заведующего кафедрой был избран доктор медицинских наук Файзуллоев Н.Ф., который возглавлял кафедру в течение 10 лет. Под руководством Файзуллоева Н.Ф. были защищены 4 кандидатские диссертации.

Профессор Файзуллоев Н.Ф. работал деканом педиатрического факультета, проректором по учебной работе ТГМИ, был назначен ректором ТГМУ, министром здравоохранения Республики Таджикистан. Профессор Файзуллоев Н.Ф. являлся председателем диссертационного Совета ТГМУ по терапевтическим дисциплинам, член редколлегии журналов «Здравоохранение Таджикистана» и «Паёми Сино».

В сентябре 2007 года в связи с переходом на другую работу профессор Файзуллоев Н.Ф. по собственному желанию уволился из числа работников медицинского университета. С этого же срока приказом ректора университета доцент Рахматов Н.А. был назначен исполняющим обязанности заведующего кафедрой, а в июне 2008 года по конкурсу был избран на должность заведующего кафедрой детских инфекционных болезней.

Доцент Рахматов Н.А. был Президентом клуба интернациональной дружбы ТГМИ, секретарем комитета комсомола института, деканом иностранных учащихся, секретарем парткома ТГМИ, заместителем декана и деканом Худжандского филиала ТГМУ, руководителем рабочей группы Минздрава по подготовке клинических протоколов «Лечение основных заболеваний детского возраста». Работал начальником Управления лечебно-профилактической помощи матерям и детям, главным педиатром Министерства здравоохранения республики, а также главным внештатным детским инфекционистом Министерства здравоохранения республики, членом рабочих групп Министерства здравоохранения по «Национальной стратегии охраны здоровья детей и подростков Республики Таджикистан», по проблеме ВИЧ/СПИД и интегрированного ведения болезней детского возраста и др., а также членом Большого Ученого Совета университета.

Научно-исследовательская работа кафедры была ориентирована на выполнение государственного заказа Министерства здравоохранения Республики Таджикистан с учетом показателей заболеваемости и смертности, а также других особенностей детской инфекционной патологии – это разработка проблем вирусных гепатитов и кишечных инфекций (ротавирусная инфекция, амебиаз кишечника, брюшной тиф).

Научно-исследовательская деятельность кафедры за 2009 - 2013 годы была посвящена изучению проблемы «Малярия у детей в Республике Таджикистан». Изучение данной проблемы было связано с удерживающейся высокой заболеваемостью малярией в Таджикистане, особенно в приграничных с Афганистаном районах, развивающейся устойчивостью возбудителя тропической малярии к традиционным этиотропным средствам и наносимым в связи с этим весомым экономическим ущербом. Как известно, в 1997 году заболеваемость малярией достигла уровня эпидемии (зарегистрировано около 30 тыс. больных и паразитоносителей, а по данным ВОЗ – 200000 заболевших). Данная проблема в Республике Таджикистан стала представлять важный государственный интерес. Необходимо отметить, что на территории РТ стала регистрироваться тропическая малярия, ранее не выявляемая на территории страны, отмечено формирование местных очагов инфекции, что вызывало тревогу у клиническов и эпидемиологов.

Кроме того, данная проблема представляла научно-практический интерес в плане изучения клинико-иммунологических особенностей малярии у детей в период возврата инфекции через 40 лет, в частности, по формированию иммунопатологических реакций у больных малярией детей. Следует отметить, что научная работа проводилась в рамках Национальной программы Республики Таджикистан борьбы с малярией на 2006-2010 гг., утвержденной постановлением Правительства РТ № 502 от 30.12. 2005 г. и в плане выполнения темы НИР Российского университета дружбы народов № 031 301 – 0 000 «Тропическая медицина».

По данной проблеме была защищена одна докторская диссертация Ходжаевой Н.М. на тему: «Малярия у детей: клинические и иммунопатогенетические особенности, оптимизация лечения», 18 декабря 2009 года в ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (Москва) (научный консультант – профессор, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Токмалаев А.К.) и одна кандидатская диссертация соискателя кафедры Зиёевой Д.М. на тему: «Особенности клиники, течения и лечение тропической малярии у детей в Республике Таджикистан» 9 октября 2009 года в ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (Москва) (научный руководитель – профессор, доктор медицинских наук Горелов А.В.).

Кроме того, в 2011 году защищена одна магистерская диссертация магистрантом кафедры Садиевым Т. на тему: «Особенности течения вирусного гепатита А у детей» (руководитель - к.м.н., доцент Рахматов Н.А.).

На кафедре были собраны материалы для исследования научно-исследовательских работ по проблемам малярии и ротавирусной инфекции у детей соискателями кафедры Фузайловой М.С. на тему: «Оценка функционально-метаболической активности нейтрофильных гранулоцитов при малярии у детей» (тема утверждена 2.02.2012 года), (научный руководитель – д.м.н. Ходжаева Н.М.), и Исломовым Н.Д. на тему: «Клинические и диагностические особенности ротавирусной инфекции у детей в Республике Таджикистан», (тема утверждена в июле 2011 года), (научный руководитель - к.м.н., доцент Рахматов Н.А.).

С октября 2012 года по конкурсу на должность заведующей кафедрой была избрана профессор, д.м.н. Ходжаева Н.М.

Профессор, д.м.н. Ходжаева Н.М. является членом Большого Ученого Совета ТГМУ, членом рабочих групп Минздрава по разработке Национальной программы борьбы с тропическими болезнями (малярией), подготовке новой «Концепции реформы медицинского и фармацевтического образования в РТ» и по проблеме ВИЧ/СПИД, а также членом рабочей группы ТГМУ по реформированию высшего додипломного медицинского образования, членом рабочей группы МЗ РТ по разработке «Стандарта оказания паллиативной помощи населению РТ» и внедрению основ Паллиативной помощи в учебный процесс ТГМУ, начальником учебного отдела ТГМУ и является. В настоящее время является деканом медицинского факультета ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

С 2012 года научно-исследовательская работа кафедры была посвящена проблеме «ВИЧ-инфекции у детей в Республике Таджикистан».

Научные изыскания были направлены на изучение возрастных, клинических, иммунологических особенностей ВИЧ-инфекции у детей с различными путями инфицирования для усовершенствования методов лечения, прогнозирования исходов и профилактики заболевания. В программу исследований были включены: изучение эпидемиологических, клинико-лабораторных аспектов наиболее часто встречаемых оппортунистических инфекций (ОИ) у ВИЧ-инфицированных детей, установление темпов прогрессирования ВИЧ-инфекции при различных путях инфицирования.

По данной проблеме в 2012 году была утверждена тема кандидатской диссертации соискателя кафедры Ашуровой Р.Ш. на тему: «Оппортунистические инфекции у детей с ВИЧ-инфекцией: клинические, иммунологические особенности, оптимизация лечения», (научный руководитель – д.м.н. Ходжаева Н.М.).

Полученные результаты научной работы в эти годы показали, что были определены распространенность и спектр оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных детей раннего возраста при вертикальном пути инфицирования, а также выявлены клинико-лабораторные особенности наиболее часто встречаемых ОИ у ВИЧ-инфицированных детей (лимфоцитарной интерстициальной пневмонии, пневмоцистной пневмонии). Были обобщены полученные результаты по распространенности, структуре и клинико-лабораторным особенностям оппортунистических инфекций у детей с ВИЧ-инфекцией в Республики Таджикистан, а также проведена ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденных детей. Изучены клиническое течение, методы диагностики паразитарных и вирусных оппортунистических инфекций и особенности их течения с внедрением ВААРТ при ВИЧ инфекции у детей, а также изучены особенности течения бактериальных и грибковых оппортунистических инфекций при ВИЧ у детей. С марта 2017 года на должность заведующей кафедрой была избрана по конкурсу доцент, к.м.н. Саидмурадова Г.М.

Саидмурадова Г.М. является членом Большого Ученого Совета ТГМУ, главным специалистом по детским инфекционным болезням МЗ и социальной защиты населения РТ, членом рабочих групп МЗ РТ по ВИЧ/СПИД у детей, по внедрению стратегии ИВБДВ в регионах республики, по анализу детской и перинатальной смертности в медицинских учреждениях городов и областей республики, рабочей группы МЗ и регионального бюро ВОЗ по внедрению «Национальной стратегии по здоровью детей и подростков в 2015-2020 годы», национального самостоятельного комитета по верификации и элиминации кори и краснухи в Республике Таджикистан, национальной технической консультативной группы экспертов по иммунизации, по внедрению пневмококковой вакцины в республике Таджикистан.

С октября 2017 года научная тема кафедры детских инфекционных болезней посвящена проблеме коклюша у детей в Республике Таджикистан, а также PGD докторанта Маджоновой М.Дж. на тему: « Коклюш у детей. Клинико-иммунологические особенности коклюша у детей, совершенствование терапии»

По разделам изучения клинических особенностей коклюша у детей различного возраста в период эпидемического подъема заболеваемости в Республике Таджикистан, были получены следующие результаты:

1. В период подъёма заболеваемости, установлено, что чаще болели дети до 1-го года 66(44%), чем другие возрастные группы: от 1-3 лет – 44(29,3%), от 4 -7 лет-25(16,6%) и от 7 до 14 лет- 15(10%) и часто заболевание протекало в среднетяжёлой 66 (44,0%) и тяжёлой 58 (38,7%) формах.

2. Из числа детей до 1-го, 86,6% не были привиты против коклюша и заболевание протекало с коротким катаральным периодом, приступообразным кашлем без репризов с частым развитием апноэ и осложнений со стороны респираторного тракта.

3. В клинике коклюша у 34 непривитых детей в возрасте от 2-х до 5 лет было выявлено, что заболевание характеризовалось тяжестью течения болезни с характерным спазматическим периодом, а у детей первых месяцев жизни с развитием апноэ и рвоты, требующих проведения интенсивной терапии.

Кроме того, учитывая эпидемический подъём заболеваемости по скарлатине среди детей на кафедре, также была утверждена тема кандидатской диссертации: “Клинико-иммунологические особенности скарлатины у детей на современном этапе” аспирантки очного обучения кафедры Бобоевой З.Р. В результате проведенного научного исследования по скарлатине у детей, были изучены клинические особенности скарлатины у детей в различных возрастных группах, лабораторные показатели в периферической крови путём определения иммунного статуса в плане исследования клеточного и гуморального иммунитета, а также показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты, в зависимости от тяжести и периодов болезни. Кроме того, было показано эффективность лечения среднетяжёлых и тяжёлых форм скарлатины с применением комплекса препаратов, обладающих иммуномодулирующим и антиоксидантным действием.

С января 2019 года НИР кафедры посвящена разделам исследования иммунного статуса у детей больных коклюшем в разные периоды болезни и проведения в их лечение коррекции иммуномодулирующими препаратами, исследования клеточного и гуморального иммунитета у детей различных возрастов больных коклюшем в зависимости от периода болезни. Сотрудники кафедры активно участвуют в сборе материала для выполнения научной темы.

Научная и лечебная работа кафедры проводится в тесном сотрудничестве с Министерством здравоохранения РТ и различными международными организациями, аккредитованных в РТ (ВОЗ, ЮНИСЭФ, ЮНФПА, ТФ РЭЦЦА).

Научные исследования кафедры проводились совместно с ведущими научными центрами республики (Республиканским Центром по борьбе с тропическими болезнями МЗ РТ, Республиканским Статистическим центром, Центром Госсанэпиднадзора МЗ РТ, НИИ профилактической медицины МЗ РТ, НИИ гастроэнтерологии МЗ РТ) и РФ научно-исследовательскими институтами бывшего СССР (НИИ вирусологии им. Ивановского Д.И. АМН СССР, Санкт – Петербургский НИИ детских инфекций, Гепатологический центр Латвии - руководитель центра профессор Блюгер А.Ф. и др.), ММА им. Сеченова - лабораторией токсико-септических состояний, НИИ иммунопатологии РАЕН, РУДН.

Сотрудники кафедры являются участниками как республиканских так и зарубежных научно-практических конференций и Конгрессов, из числа которых наиболее значимыми являются:

- Евро-Азиатский конгресс по инфекционным болезням .
- VI Международная научно-практическая конференция «Паразитарные болезни человека, животных и растений».
- Ежегодный Всероссийский конгресс по инфекционным болезням.
- Ежегодный Всероссийский конгресс по инфекционным болезням у детей.
- Международная конференция по полиомиелиту, Копенгаген.
- Конференция ВОЗ по комплексной разработке и внедрению вакцинации против ротавирусной инфекции, г.Ереван (Армения).
- Международная конференция по рассмотрению национальных рекомендаций по питанию детей грудного возраста в контексте ВИЧ, а также их взаимосвязь с существующей политикой в области питания детей грудного и раннего возраста, ЮНИСЭФ\ВОЗ\ЮНФПА, Алматы, Казахстан.
- III Конгресс педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания», М.
- Международная научно-практическая конференция «Опыт и перспективы развития медицинского образования в странах Центральной Азии. Караганда.
- 2 конгресс Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням. Астана.
- IX международная научно - практическая конференция «Актуальные вопросы общественного здравоохранения», V международная научно-практическая конференция студентов и молодых учёных», наука и медицина современный взгляд молодёжи», Алмата,

Сотрудники кафедры, выехавшие и работающие за пределами республики Таджикистан

- 1.Аббасов А.И. – Глав.врач детской больницы г. Закантолы Республики Азербайджан;
2. Бахридинова М.А. - к.м.н., доцент кафедры детских инфекционных болезней Самаркандского медицинского института;
- 3.Бронштейн А.Я. – врач в США;
- 4.Джонгирова Н.Г. – врач г.Закантолы Республики Азербайджан;
- 5.Курилов А.Н. – Глав. врач детской инфекционной больницы г. Нагинск Московской области;
- 6.Мельниковская Е.В. – врач в г. Липецк РФ;
7. Радилова (Гугель) Н.В. – в Германии;
8. Толстошеева (Курилова) Т.Ф.- Зам.глав.врача г.Нагинска Московской области РФ;
- 9.Скибо Р.М. к.м.н. – врач Городской детской больницы г. Волгограда.

Кроме того, сотрудники кафедры приняли участие на 65 семинарах по различным проблемам инфектологии и детских болезней, проведенных в республике и за её пределами.

Сотрудниками кафедры оказывается большая методическая помощь органам здравоохранения, в частности, в проведении семинаров для врачей различных специальностей по актуальным проблемам здравоохранения республики, разработке учебных модулей для врачей на государственном и русском языках (ВИЧ-инфекция в педиатрии - 2012 год, Оказание стационарной помощи детям в контексте ИВБДВ - 2012 год), клинических протоколов по основным детским инфекционным болезням (2014 г.), а также участвуют в мониторинге внедренных МЗ РТ стратегий в области детских болезней.

Выдающиеся учёные России, которые участвовали в подготовке научных кадров кафедры (докторантов, аспирантов)

Абидов М.Т. – д.м.н., профессор, заведующий лабораторией токсико-септического состояний ММА им. Сеченова, директор НИИ иммунопатологии РАЕН – научный консультант кандидатской диссертации Ходжаевой Н.М.;

Токмалаев А.К. – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ (РУДН) – научный консультант докторской диссертации Ходжаевой Н.М.;

Шахгильдян И.В. – член-корр. АМН РФ, д.м.н., профессор (НИИ вирусологии им. Ивановского Д.И. АМН РФ г. Москва) – официальный оппонент кандидатской диссертации Саидмуродовой Г.М.

Сотрудниками кафедры были опубликованы научные работы в следующих научных зарубежных изданиях:

1. Журнал «Медицинская паразитология и паразитарные болезни», РФ
2. «Журнал инфектологии», РФ
3. Журнал «Инфекционные болезни», РФ
4. Журнал «Эпидемиология и инфекционные болезни», РФ
5. Журнал «Терапевтический архив», РФ
6. Журнал «Вестник Российского университета дружбы народов», РФ
7. Журнал «Медицина и экология», Казахстан
8. Журнал «Педиатрия Казахстана», Казахстан
9. Монография «Иммунопатогенетические закономерности течения малярии у детей», изд-во LAMBERT (Германия).

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ КАФЕДРЫ «ИННОВАЦИОННОЙ ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ»

Гулианова С.Ф., Исмоилзода С.С.

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Сотрудники кафедры:

- Профессор- Исмоилзода Саймахмуд Саидахмадович (доктор медицинских наук, профессор)
- Профессор – **Достиев Ашур Раджабович** (доктор медицинских наук, профессор)
- Профессор – Курбонов Хайдаршо Хамрокулович (доктор медицинских наук, профессор)
- Учебный ассистент – **Достиев Умед Ашурович**
- Ассистент – Хабибов Ньматулло
- Ассистент – **Сафаров Джобирджон**
- Ассистент – **Саймухиддинов Махмадсафар Махмадрозикович**
- Ассистент – Ашуралиев Нурали
- Ассистент – **Тагоев Сухроб**
- Ассистент – Мавлонов Файзали Бегичонович

На базе кафедры проходят подготовку интерны, клинические ординаторы и соискатели

Трансплантология - специальность, базирующаяся на изучении хирургических и патофизиологических проблем пересадки органов и тканей в клинике и эксперименте, изыскании способов преодоления реакций тканевой совместимости, создании временной или постоянной толерантности организма к чужеродным антигенным структурам, а также включающая вопросы разработки и использования технических устройств для частичной или полной замены жизненно важных органов и их частей, утративших свою функцию.

В сентябре 2009 г. в отделении общей хирургии городской клинической больницы №5 г. Душанбе была выполнена трансплантация почки от живого родственного донора. В 2011 г. был организован и начал функционировать Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека при Министерстве здравоохранения и социальной защиты республики Таджикистан. В котором были проведены более 600 трансплантаций почки от живых родственных доноров, а также родственные пересадки печени.

Существующий уровень трансплантологии в Республике Таджикистан и в мире, а также перспективы дальнейшего развития обосновывают необходимость преподавания дисциплины «Трансплантология и искусственные органы» в каждом медицинском ВУЗе в рамках основного курса высшего профессионального образования, организации соответствующих кафедр.

В 2016 году по инициативе ректора ТГМУ имени Абуали ибни Сино, профессора Гулзода М.К. была создана кафедра Инновационной хирургии трансплантологии с клинической базой Национального научного центра трансплантации органов и тканей человека, и начато преподавание по трансплантологии.

За этот период на курсе прошли повышение квалификации 10 врачей по курсу эндоскопической хирургии. В связи с расширением оказания трансплантологической помощи в республике, увеличением количества больных после трансплантации количество врачей, которым необходимо пройти повышение квалификации по трансплантации, постоянно увеличивается, причем не только за счет врачей-хирургов, а также за счет врачей-анестезиологов-реаниматологов, нефрологов, врачей ультразвуковой диагностики.

Востребованность преподавания тем по трансплантации связана и с тем, что курсах студентам преподаются вопросы трансплантации органов, иммуносупрессия, правовые аспекты трансплантации, вопросы перидоперационной подготовки, частные вопросы интенсивной терапии, трансплантационные технологии в хирургии печени. На клинической базе кафедры имеется возможность выполнения комплекса современных методов обследования при патологии гепатобилиарной системы, включая терминальные стадии заболеваний печени, почек, поджелудочной железы. Выполняются все виды оперативных вмешательств на гепатобилиарной системе, в том числе трансплантация органов (печень, почки), проводятся метаболические операции при сахарном диабете второго типа.

Сотрудниками кафедры являются высококвалифицированные специалисты национального центра трансплантации органов и тканей человека. Сотрудники кафедры участвуют в выполнении сложных и высокотехнологичных оперативных вмешательств на органах брюшной полости, включая все виды трансплантаций печени, почек.

Сотрудниками кафедры выполнены и внедрены в практику сложные, высокотехнологичные вмешательства:

- Трансплантация почек взрослым и детям
- Трансплантация печени взрослым и детям
- Трансплантация костного мозга
- Резекции печени (гемигепатэктомии, расширенные гемигепатэктомии, секторэктомии, резекции сегментов, неанатомические резекции печени), ALPPS-двухэтапная резекция печени.
- Операции на поджелудочной железе проксимальные и дистальные резекции поджелудочной железы с лимфодиссекцией
- Лапароскопический забор донорской почки;
- Все виды лапароскопических операций
- Лапароскопические и классические метаболические вмешательства – слив-резекция желудка, шунтирующие операции.
- Эндолигирование, эндоклипирование и эндосклерозирование варикозно-расширенных вен пищевода
- Онкологические операции с лимфодиссекцией

Курсы повышения квалификации проводятся для врачей различных специальностей: врачей-трансплантологов, врачей-хирургов, врачей-анестезиологов-реаниматологов, врачей-нефрологов, врачей ультразвуковой диагностики, врачей-гастроэнтерологов.

Достижения кафедры трансплантологии

С 2016 года сотрудниками кафедры была разработана вся необходимая документация для ведения учебного процесса, подготовлен лекционный материал и методические разработки лекций и практических занятий.

За 3 года издана монография, практическое руководство для врачей, учебно-методические пособия, опубликованы более 30 статей и тезисов.

Все сотрудники являются членами целого ряда международных сообществ по трансплантации, участвуют с презентациями на международных конгрессах и конференциях. Профессор кафедры является главным внештатным специалистом Министерства здравоохранения и социальной защиты населения РТ. За время работы кафедры трансплантологии сотрудники повышали квалификацию на стажировках за Российской Федерацией, в Белоруссии, Исламской Республике Иран и Турции.

Нашими сотрудниками кафедры под руководством профессора Исмоилова С.С., заведующей кафедрой выезжали и ассистентами кафедры провели мастер-классы по родственной трансплантации почки в ФМБА Красноярского края.

Нормативные правовые акты о трансплантологической помощи населению Республики Таджикистан:

1. Кодекс здравоохранения РТ «О трансплантации органов и тканей человека»
2. Стамбульская декларация о трансплантационном туризме и торговле органами (2008).
3. Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации органов человека

Кафедра проводит подготовку студентов VI курса лечебного факультета по 126-ти часовой программе «Основы трансплантологии и искусственных органов, и принципы эндо-видео-хирургических вмешательств». В программе излагаются:

1. Общие вопросы трансплантации органов и тканей человека. Развитие трансплантации органов и тканей. Основы организации развития клинической трансплантологии в Республике Таджикистан;
2. Проблемы органного донорства; Критерии биологической совместимости органов и тканей при трансплантации (типирование),
3. Иммунодепрессивная терапия. Современные иммунодепрессивные препараты.
4. История трансплантации почки. Основы трансплантации почки. Осложнения трансплантации почки.
5. Основы трансплантации печени. Виды трансплантации печени. Трансплантация трупной печени.
6. Инфекционные осложнения у реципиентов печени и почки. Принципы антибактериальной и противовирусной терапии. Микробиологический и вирусологический статус реципиентов солидных органов.

7. Клеточные технологии в регенеративной медицине. Проблемы и перспективы развития клеточных технологий. Трансплантация костного мозга.

8. Организационные и методологические основы малоинвазивных эндовидеохирургических операций. Лапароскопические и видеоассистированные операции в трансплантологии.

Студенты участвуют в теоретических и практических занятиях, клинических и научно-практических конференциях, самостоятельное изучение рекомендуемой литературы, участие в операциях по трансплантации жизненно важных органов, разборе клинических случаев. В результате освоения программы студенты получают базовые знания по клинической трансплантологии, организационным и правовым основам органного донорства, особенно изучают показания к трансплантации, технику проведения операций, подготовку и ведение больных в дооперационном и послеоперационном периодах.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАФЕДРЫ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ТГМУ им. АБУАЛИ ИБНИ СИНО ЗА ГОДЫ НЕЗАВИСИМОСТИ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Рахманов Э.Р., Гулямова Н.М.

Кафедра инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Выдающиеся учёные древности - Гиппократ, Фукидид, великий Авиценна имели представление об инфекционном начале многих заболеваний, ведущих к вспышкам и эпидемиям среди населения, задолго до появления информации о природе и закономерностях их распространения. Об этом свидетельствуют трактаты врачей Древнего Египта, Китая, Европы. Опустошительные эпидемии и пандемии инфекционных болезней описывались во всех исторических периодах жизни человека, в том числе - эпидемии чумы, натуральной оспы, гриппа, холеры, унесшие миллионы человеческих жизней.

Исторический научный прорыв в изучении инфекционных заболеваний связан с исследованиями таких выдающихся ученых 19 и начала 20 в., как А. Левенгук, Луи Пастер, Р. Кох, Д. И. Ивановский, С.П. Боткин, И.И. Мечников, благодаря чему 20 век ознаменовался победой на многих рубежах борьбы с инфекционными заболеваниями, вершиной чего явилась полная ликвидация вируса натуральной оспы на земном шаре. Всеобщая борьба с малярией, брюшным и сыпным тифом, столбняком, сибирской язвой, дифтерией, включающая широкие противоэпидемические мероприятия, вакцинацию населения, улучшение социально-экономических, бытовых и санитарно-просветительных мер на территории СССР привела к значительному снижению уровня заболеваемости, местами вплоть до полной ликвидации.

На территории Таджикистана борьба с этими заболеваниями, широко распространенными в начале 20-30 гг. 20 века, активно проводилась при участии научно-преподавательского состава кафедры инфекционных болезней Таджикского государственного медицинского института (ныне – университета) им. Абуали ибни Сино, созданного в далеком 1942 году. Возглавляли кафедру до 1953 г. такие советские российские ученые как профессор Б.И. Трусевич, профессор В.Т. Кудряков. Под их началом были воспитаны талантливые научные и практические кадры отечественного здравоохранения. С 1953 г. по 1980 г. кафедрой руководил известный ученый-инфекционист Хашимов Д.М., вслед за ним – с 1980 по 2007г. – проф. Х.К. Камардинов. Эти учёные являются наставниками и учителями многих нынешних сотрудников кафедры.

За годы Независимости Таджикистана научно-преподавательский состав кафедры под руководством профессора Э.Р. Рахманова доказал свою полную состоятельность, принимая непосредственное активное участие в ликвидации вспышки брюшного тифа на территории города Душанбе и районах городского подчинения, когда в период 1996-1998гг. было зарегистрировано около 30000 больных. По результатам изучения всех аспектов вспышки болезни, включая эпидемиологические причины, эффективность ранее известных лекарственных препаратов, методы экстренной диагностики, сотрудниками кафедры было опубликовано 200 научных статей, 12 методических пособий для практикующих врачей. Кроме того, в 2004 году все данные наблюдений и исследований были проанализированы в докторской диссертации проф. Рахманова Э.Р. по теме «Особенности эпидемиологии, клиники, диагностики, лечения и профилактики брюшного тифа в экстремальных условиях».

Результатом разрушительной и кровопролитной гражданской войны в Таджикистане явилось появление новых случаев малярии и их достаточно быстрое распространение, вследствие неблагоприятной эпидемиологической обстановки. В 1997 г. в республике была принята Национальная программа по борьбе с тропическими болезнями (малярией) на 1997-2005гг. В разработке данной программы наряду с экспертами ВОЗ участвовали ведущие ученые республики, в том числе проф. Камардинов Х.К. Благодаря совместной работе научно-преподавательского состава кафедры, эпидемиологов, врачей-инфекционистов и врачей общего профиля заболеваемость малярией в настоящее время не наблюдается.

В первое десятилетие 21 века статистически был зарегистрирован рост висцерального лейшманиоза на территории Зеравшанской долины республики, являющейся климатогеографической зоной данной патологии. Под руководством министерства здравоохранения республики и проф. Рахманова Э.Р. был принят ряд экстренных мер по стабилизации эпидемиологической ситуации в зоне заболеваемости; обучение врачей на местах методам экстренной диагностики, полное обеспечение эффективными лекарственными препаратами. В настоящее время уровень заболеваемости в пределах допустимого порога. Результаты длительного исследования эпидемиологической обстановки непосредственно на месте распространения болезни и детального обследования больных нашли отражение в диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук ассистента кафедры инфекционных болезней Боймуродова А.А. по теме «Клинико-эпидемиологические особенности висцерального лейшманиоза в постликвидационном периоде в Республике Таджикистан» под руководством проф. Рахманова Э.Р. Диссертант удостоен звания кандидата медицинских наук в 2019 г.

В соседнем с Таджикистаном государстве - ИРА (Афганистане) остаётся нерешенной проблема с заболеваемостью и распространением сибирской язвы, приравненной к особо опасным инфекциям. Соискатель кафедры инфекционных болезней ТГМУ, афганский учёный Никбин Сайид Халил Ахмад, под руководством проф. Рахманова успешно завершил научный труд по теме «Клинико-эпидемиологические особенности кожной формы сибирской язвы в северо-западных провинциях Исламской Республики Афганистан» и был удостоен звания кандидата медицинских наук.

Угроза ВИЧ-инфекции не обошла стороной Таджикистан. В течении последних 10 лет кафедра инфекционных болезней ТГМУ плодотворно ведёт активную научно-исследовательскую и практическую деятельность в решении актуальных проблем и задач по снижению уровня заболеваемости ВИЧ-инфекцией, расширению профилактического охвата наиболее уязвимых групп населения и алгоритма эффективности лечения. Всеобъемлющий анализ данных исследований ежегодно публикуется в материалах международных научно-практических конференций медицинского университета им. Абуали ибни Сино, профильных медицинских журналах Российской Федерации.

В 2019 году ветеран кафедры инфекционных болезней, доцент Хусаинов О.Х., ранее награжденный за заслуги перед Отечеством орденом Шараф, был удостоен звания почетного профессора ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Кафедра инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино продолжает славные традиции своих предшественников в охране здоровья населения нашей страны.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ КАФЕДРЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ТАДЖИКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО **Заф. кафедрой Махмудназаров М.М.**

Кафедра была организована по приказу Министерство здравоохранения Таджикской ССР от 2 июня 1942 года (приказ №115, §4) и называлась кафедрой оториноларингологических дисциплин. Деятельность кафедры сыграла большую роль в развитии оториноларингологической помощи в нашей республике.

Первым руководителем кафедры был назначен доктор медицинских наук Яков Львович Коц (1898 - 1975гг), воспитанник Днепропетровского медицинского института, который возглавлял кафедру до 1960 года. Диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему; «Заболевания уха при раннем сифилисе» защитил в 1942 году. В 1943 году Яков Львович Коц, утвержден в звании профессора. Я. Л. Коц подготовил целый ряд квалифицированных оториноларингологов, принявших участие в развитии ЛОР - службы в Таджикистане. По его инициативе в 1953 году была организована субординатура, а затем аспирантура по оториноларингологии. Первым студентом - субординатором был Ю. Б. Исхаки, а первыми аспирантами - И. Б. Холматов и Т. П. Обносова. Я. Л. Коцом в 1948 году была основана ЛОР - секция Таджикского научного медицинского общества, в дальнейшем вошедшая в состав Всесоюзного научного общества оториноларингологов. Профессор Я. Л. Коц опубликовал 68 научных работ, в том числе две монографии, посвященные различным проблемам оториноларингологии. Под его руководством защищены 3 кандидатские диссертации и издано два сборника трудов кафедры. За заслуги перед отечеством в 1945 году ему было присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки Таджикской ССР», награжден медалями и почетными грамотами. Заслуженный деятель науки, профессор Я. Л. Коц был прекрасным хирургом, хорошим педагогом, интеллигентным человеком и пользовался большим авторитетом среди студентов, больных и сотрудников.

Со дня организации кафедры работали доцент Поперека Яков Петрович, к.м.н. Окс Франц Антонович, ассистенты Балкарей Владимир Давыдович, Алхазова Вера Владимировна и Андреев Алексей Иванович.

Организация кафедры не только способствовала быстрому росту количества врачей оториноларингологов, но и положила основу развития оториноларингологической науки в Таджикистане. Разработка научных вопросов ЛОР—болезней началась сразу после организации кафедры под руководством профессора Я. Л. Коца. Учеными-оториноларингологами республики впервые в стране начато изучение влияния некоторых антисептиков растительного происхождения на гнойные процессы в ухе. Обосновано применение змеиных ядов, как кровоостанавливающего средства, причем впервые в мире найден наиболее рациональный метод стерилизации ядов, который был внедрен в других странах (а частности в Китае, Индии).

Впервые на кафедре был разработан метод остановки кровотечения во время и после тонзиллэктомии с применением яда змеи гюрзы-гюрзотоксина (Ю.Б.Исхаки, 1958). Было убедительно доказано, что гюрзотоксин является весьма эффективным гемостатическим препаратом. Много работ были посвящены вопросам краевой патологии: клинике поражений органа слуха при малярии, фузоспирохетозу верхних дыхательных путей, поражению уха при бруцеллезе и др. Изучено состояние кохлеарного анализатора у больных, страдающих малярией, выявлено нарушение слуха при бруцеллезе. Немало исследований проведено по изучению патологии небных миндалин, гнойного среднего отита, инородных тел ЛОР—органов и др.

Вторым руководителем кафедры был Лев Иосифович Кальштейн (1924 –1987г.), воспитанник 1 Московского медицинского института. В 1950 году, после окончания клинической ординатуры при кафедре болезней уха, горла и носа 1-го Московского института был направлен на работу в Душанбе. В Таджикском государственном медицинском институте Лев Иосифович прошел путь от ассистента до заведующего кафедрой. С 1954 года работал ассистентом, с 1958 года доцентом, а с 1960 года по 1987годы заведующий кафедрой. Лев Иосифович защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Особенности диагностики и лечения гайморита у детей» в 1955 году, а в 1967 году - докторскую диссертацию на тему: «О взаимосвязи патологии ЛОР — органов с гастроэнтерологическими заболеваниями»

В1968 году ему было присвоено звание профессора. Научная деятельность Льва Иосифовича Кальштейна была тесно связана с запросами практического здравоохранения. Им опубликовано более 100 научных трудов.

Итоги его исследований подведены в монографиях «Гайморит у детей» (1964), «Патология ЛОР — органов при некоторых гастроэнтерологических заболеваниях» (1969). В соавторстве с Ю. Б. Исхаки по заказу Минздрава СССР, им в 1977 году издан учебник «Детская оториноларингология», второе и третье издание которого вышли из печати в 1984 и 2001 годах соответственно. Под его руководством защищены 2 кандидатские диссертации. Заслуги Л. И. Кальштейна были высоко оценены правительством, он был награжден орденом «Знак Почета» и юбилейной медалью «За доблестный труд». Заслуженный деятель науки Таджикской ССР и лауреат Государственной премии имени Абуали ибни Сино.

Кальштейн Л. И. был талантливым клиницистом, хирургом и педагогом, обладал высокой культурой, большой эрудицией, был чутким, доброжелательным, пользовался большим авторитетом и любовью.

В этот период на кафедре работали доктора медицинских наук Исхаки Юсуф Баширханович, Холматов Исроил Бободжонович, доцент Умаров Усмон Умарович, кандидаты медицинских наук Обносова Татьяна Петровна, Парамонова Валентина Александровна, Гафуров Рахмат Алиевич, Якубова Манзура Мухсиновна, Тохирова Мунавара Гафуровна, а также опытные врачи Таджиева Клавдия Ивановна, Родионова Валентина Васильевна, которые внесли огромную лепту в развитие оториноларингологической науки в Таджикистане.

Сотрудники кафедры оториноларингологии продолжали заниматься научной разработкой различных аспектов тонзиллярной проблемы. Были всесторонне изучены механизмы барьерной функции небных миндалин в норме и при патологии, клеточные аспекты иммуногенеза хронического тонзиллита и ревматизма у детей, а также изучены проблемы тонзиллита в этиологии и клинике диффузного гломерулонефрита и пиелонефрита у детей. Было убедительно доказано, что больным детям с заболеванием почек, длительное время получавшим большие дозы кортикостероидов, не противопоказана тонзиллэктомия, но оперативное вмешательство необходимо проводить на фоне поддерживающих доз гормонов. Результаты исследований, проведенных на базе ЛОР - кафедры, посвященные тонзиллярной проблеме, оформлены в виде более 200 научных работ и 5 кандидатских диссертаций.

В 1964 году кафедра оториноларингологии переехала на новую базу в Республиканской клинической больницы №3 (ныне Национальный медицинский центр), где были организованы 3 оториноларингологических отделений для взрослых на 120 коек и детское ЛОР отделение на 40 коек. Кафедра получила возможность проводить практические занятия в специально оборудованных учебных комнатах и в ЛОР - кабинетах поликлиники, что способствовало улучшению качества педагогического процесса для студентов, а также теоретической и практической подготовки курсантов на курсах усовершенствования. Большое внимание на кафедре уделялось качеству преподавания, оформлению учебных комнат наглядными пособиями, созданию стендов, увеличению объема и качества демонстрационных материалов, созданию пособий для овладения практическими навыками студентами и др.

Одной из центральных научных проблем, изучаемых в течение многих лет коллективом ЛОР — кафедры ТГМИ, была проблема изучения влияния факторов высокогорья на состояние ЛОР- органов и их функций в норме и при патологии у коренных жителей гор и у прибывших из долин в различные периоды адаптации в условиях высокогорья. Недостаточная изученность влияния высокогорья на состояние ЛОР—органов человека и животных в норме и патологии сделали эту проблему весьма актуальной.

Перед коллективом кафедры стояли следующие задачи; определить нормы функционального состояния ЛОР- органов у здоровых жителей разных высот в возрастном аспекте; уточнить особенности приспособительного процесса в ЛОР- органах в период адаптации; изучить особенности ЛОР- патологии у коренных жителей средне- и высокогорья; определить возможности оперативных вмешательств на ЛОР- органах у аборигенов и пришлых в период адаптации к условиям высокогорья; провести патоморфологический анализ слизистой оболочки носа у подопытных животных и людей в динамике процесса адаптации и дезадаптации к условиям высокогорья.

Для решения этих задач исследования проводились в г. Душанбе (высота 803 м. над уровнем моря), в г. Ош (910 м.), в г. Хороге (2225 м.), в поселке Мургаб (3576 м.) и на перевале Анзоб (3365 м.). В результате исследования функционального состояния у здоровых аборигенов выявлено, что состояние ЛОР- органов у жителей различных высот в известной мере отличается от показателей нормы в других климато- географических зонах. Выявлена структура заболеваемости ЛОР- органов у жителей разных высот, определены особенности клинического течения, изменения ЭКГ при хроническом тонзиллите у коренных и некоренных жителей Памира, послужившие основанием для заключения об оправданности тонзиллэктомии у больных в процессе адаптации к условиям высокогорья. В оториноларингологической практике впервые дана цитологическая характеристика слизистой оболочки глотки у жителей разных высот, с учетом возрастных особенностей организма.

Коллектив кафедры явился пионером изучения особенностей адаптационных сдвигов в ЛОР- органах в динамике 1,5-годичной адаптации. Разработанные рекомендации по профилактике и коррекции изменений функционального состояния верхних дыхательных путей и уха, возникающих в течение длительной адаптации к высокогорью, с помощью адаптогена-элеутерококка внедрены в различных регионах страны. Проведенные комплексные клинико-функциональные и морфологические исследования в этом направлении, вылились в публикацию более 60 научных работ, в том числе монографии «Дыхательные пути и высокогорье» (Исхаки Ю.Б. и соавт., 1989), 7 методических рекомендаций, 3 рационализаторских предложений, а также 3 защищенных кандидатских диссертаций.

Профессор Юсуф Баширханович Исхаки (1932-1996г.) заведовал кафедрой с 1988 по 1996 годы. На кафедре оториноларингологии ТГМИ прошел путь от студента - субординатора (1953-1954гг.), клинического ординатора (1954 -1957), ассистента (1957-1960гг.), доцента (1960 – 1969гг.), профессора (1969- 1987гг.) до заведующего кафедрой (1988-1996 гг.).

Ю. Б. Исхаки является воспитанником Таджикского медицинского института имени Абуали ибни Сино, учеником профессора Я. Л. Коца и академика Н. А. Преображенского. В 1958 году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Опыт применения яда гюрзы для остановки кровотечения при некоторых ЛОР - операциях», а в 1968 году докторскую диссертацию на тему: «Кисты верхних дыхательных путей». В 1978 году Ю. Б. Исхаки был

избран членом-корреспондентом АМН СССР. Ю. Б. Исхаки является автором более 300 научных работ, из них 7 монографий, один учебник, 10 методических рекомендаций, 9 рацпредложений, Под его руководством защищены 13 кандидатских и 2 докторских диссертаций.

Ю. Б. Исхаки внес большой вклад в разработку и решение широкого круга актуальных теоретических и практических проблем оториноларингологии и краевой медицины, будучи профессором (1969-1987гг.), затем заведующим кафедрой (1988-1996гг.) оториноларингологии Таджикского государственного медицинского университета (ТГМУ) имени Абуали ибни Сино.

Основными направлениями исследований сотрудников кафедры под руководством Ю. Б. Исхаки являлись комплексное изучение различных иммунологических аспектов заболевания верхних дыхательных путей и уха. Это, прежде всего, работы по изучению краевой эпидемиологии, факторов риска, клиники, рациональных схем лечения и профилактики ЛОР-аллергии. Целый ряд научных исследований осуществляемых учёными оториноларингологами Таджикистана оказались приоритетными как у нас в стране, так и за рубежом. Наиболее разработанными считались проблемы аллергических ринитов, риносинуситов, заболеваний среднего уха и острой нейросенсорной тугоухости.

Ю.Б. Исхаки успешно сочетал свою работу с общественной деятельностью. Он являлся членом Коллегии и Президиума ученого медицинского совета Минздрава РТ, заместителем председателя и членом правления научного общества оториноларингологов и иммунологов СНГ, председателем правления научного общества иммунологов и аллергологов РТ, членом редколлегии Таджикской Советской энциклопедии, журналов «Здравоохранение Таджикистана» и «Вестник оториноларингологии». Был избран народным депутатом СССР и членом постоянной Комиссии по охране здоровья человека Верховного Совета СССР. В течение многих лет являлся председателем постоянной комиссии здравоохранения и социального обеспечения Душанбинского городского Совета народных депутатов.

Ю.Б. Исхаки сочетал в себе черты ученого-клинициста и крупного организатора высшего медицинского образования. В течение 23 лет (1973-1996гг.) возглавлял ТГМУ имени Абуали ибни Сино, внес огромный вклад в обеспечении республики квалифицированными медицинскими кадрами.

Заслуги Ю.Б. Исхаки в развитии здравоохранения республики и подготовки медицинских кадров было высоко оценено правительством. Он награжден орденами Ленина и Трудового Красного Знамени, значками Отличника высшей школы и здравоохранения СССР. В 1979 году ему присуждена Государственная премия имени Абуали ибни Сино в области науки и техники, а в 1989 году присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки Таджикской ССР»

Юсуф Баширхонович был прекрасным педагогом, очень любил молодежь, студентов, читал неповторимые лекции по оториноларингологии на таджикском и русском языках.

Отличительными чертами Ю.Б. Исхаки были его личная скромность, отзывчивость, доброжелательность и забота о людях. Сотрудники, друзья, близкие и окружающие безгранично уважали его и всегда учились у него терпению, выдержке и человечности. Вместе с профессором Ю.Б. Исхаки продолжали работать его ближайшие соратники, профессор Холматов И.Б., доцент Умаров У.У., кандидаты медицинских наук Гафуров Р.А., Якубова М.М., Тохирова М.Г. и молодые ассистенты Тураев Ф.Т., Исмаилова М.А., Гаффарова М.А., Махмудназаров М.И., Бустонов М.О., Асимова З.А. и др.

В период с 1996 по 2009 годы кафедрой заведовала доктор медицинских наук, профессор Матлуба Абдузунуновна Гаффарова, воспитанница ТГМУ имени Абуали ибни Сино, ученица профессора Ю.Б. Исхаки. Гаффарова М.А. окончила с отличием ТГМИ в 1977 году. С 1977 по 1979 годы проходила клиническую ординатуру на кафедре оториноларингологии ТГМИ. В 1987 году в ЦОЛИУ в (Москва) защитила кандидатскую диссертацию «Особенности клинического течения, специфической диагностики и терапии, аллергических риносинуситов как состояния предастмы». В 1995 г. в Российской медицинской Академии последипломного образования (Москва) защитила докторскую диссертацию на тему: "Региональные особенности распространения, клинического течения и терапия аллергических заболеваний ЛОР – органов у жителей Таджикистана" (научный консультант: член – корр. РАМН, профессор Ю.Б.Исхаки). Утверждена в звании профессора в 1999 году.

В период ее руководства основным научным направлением кафедры явилось изучение распространенности аллергических заболеваний ЛОР-органов у жителей различных высотных зон Таджикистана, изучение региональных особенностей течения и структуре аллергических заболеваний у детей, выявление факторов риска их развития, изучение показателей иммунного статуса взрослых и детей, разработка комплексных методов диагностики заболеваний ЛОР - органов аллергической и неаллергической этиологии и их лечение.

В этом направлении профессором Гаффаровой М.А. и её учениками проведена большая работа. Анализ полученных результатов дает основание предполагать, что выявленные разнонаправленные изменения иммунного статуса здоровых людей связаны, прежде всего, с воздействием экологической обстановки. Поэтому при разработке нормативных уровней иммунологических показателей следует учитывать их сезонные колебания. Природно-климатические условия средне- и высокогорья приводят к формированию характерной картины иммунного статуса у здоровых жителей гор. Учитывая особую важность данного аспекта научных исследований для нашей республики, можно прийти к заключению о необходимости их дальнейшего продолжения.

Результаты научных разработок области ЛОР-алергозов представлены в виде 4 методических рекомендаций, 15 рационализаторских предложений. Составлены дифференциально-диагностические таблицы различных форм аллергических заболеваний ЛОР-органов, схемы их комплексного лечения с включением иммунотерапевтических и иммунореабилитационных мероприятий. Профилактическая направленность лечения обеспечивается при этом разработанными прогностическими таблицами, позволяющими выделить группы риска.

Под руководством профессора М.А. Гаффаровой защищены 4 кандидатских диссертаций. Она является отличником народного образования РТ (2006 г.). Автор более 200 научных работ, в том числе 2 учебников, 4 учебно-

методических пособий и 10 методических рекомендаций. В настоящее время проживает в г. Москве и работает в лечебно - диагностическом центре «Столица».

Профессор Исроил Бободжанович Холматов является воспитанником Таджикского мединститута. После окончания клинической ординатуры с 1955 года по 1967 годы работал ассистентом кафедры, с 1967 по 1977 гг. - доцентом и с 1977 по 1993 годы профессором кафедры. И. Б. Холматов является первым оториноларингологом - таджиком, защитившим кандидатскую диссертацию. Им написано более 200 научных работ, в том числе кандидатская диссертация: «Влияние острых и хронических стенозов трахей и гортани на функции желудка» (1956) и докторская на тему: «Аудиологическая характеристика различных форм тугоухости и ее особенности у жителей Таджикистана» (1972). Большинство научных работ профессора Холматова И. Б. является оригинальными и представляют теоретический и практический интерес. Под его руководством в республике были изучены актуальные вопросы диагностики и лечения различных форм патологий уха. Выявлены особенности аудиологической характеристики различных форм тугоухости у жителей Таджикистана. Практически важным является определение клинико-аудиологической особенности семейной тугоухости на почве родственных браков и острой нейросенсорной тугоухости аллергической природы. Профессором И.Б. Холматовым впервые в республике внедрены методы слухоулучшающих операций при заболеваниях уха с применением современной микрохирургии. Достигнутые им и его учениками научные успехи в области диагностики, лечения и профилактики различных форм патологии органов слуха среди населения Таджикистана дало основания для целенаправленного планирования лечебно-профилактических мероприятий.

Под его руководством защищены пять кандидатские диссертации. В 1978 году И. Б. Холматову присвоено звание «Заслуженный врач Таджикской ССР». Он награжден Почетной грамотой Президиума верховного Совета республики, медалью «За доблестный труд», знаком Отличник здравоохранения СССР. В настоящее время проживает в г. Худжанде и продолжает активно заниматься научно - педагогической и врачебной деятельностью в областной ЛОР клинике Худжандского филиала Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров.

С 1990 года на базе ЛОР - клиники был организован самостоятельный курс для факультета усовершенствования врачей (ФУВ), которым руководил очень опытный педагог, прекрасный клиницист, отличный хирург, доцент Усмон Умарович Умаров (1932-2009гг). Он является воспитанником оториноларингологической школы Таджикистана. Начиная с 1953 года, прошел путь от рядового врача до руководителя самостоятельного курса ФУВ при кафедре оториноларингологии ТГМУ. С 1993 по 2009 год работал заведующим кафедрой оториноларингологии Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров (ТИППМК), внося свой вклад в обеспечении республики молодыми специалистами. Умаров У.У. — автор 60 научных работ, в т.ч. кандидатской диссертации на тему: «Лечение хронических гнойных средних отитов свечами и эмульсией из антибиотиков и преднизолона» (1970), 5 методических рекомендаций и 6 рационализаторских предложений. С 1991 по 2002 годы был главным специалистом МЗ РТ по оториноларингологии. Умаров Усмон Умарович награжден медалью «За доблестный труд» и значком «Отличника здравоохранения СССР». Усмон Умарович Умаров был отличным хирургом, прекрасным клиницистом, мудрым наставником и пользовался огромным уважением и любовью в коллективе кафедры и клиники.

Более 40 лет на кафедре проработал кандидат медицинских наук Гафуров Рахмат Алиевич (1930-2003), воспитанник ТГМИ имени Абуали ибни Сино. Гафуров Р.А. по окончании института в период с 1956 по 1958 годы проходил клиническую ординатуру на кафедре оториноларингологии ТГМИ, затем аспирантуру в Московском научно - исследовательском институте уха, горла и носа (1959-1963гг) и с 1964 года до конца жизни работал ассистентом кафедры оториноларингологии ТГМУ. В 1963году защитил кандидатскую диссертацию на тему: «О механизме барьерной функции миндалин в норме и патологии». Отличник здравоохранения Таджикской ССР, автор более 45 научных работ и методических трудов. На протяжении 30 лет Рахмат Алиевич честно выполнял функцию хозяйственного ассистента, бережно охраняя имущество кафедры и клиники. Пользовался большим уважением среди коллектива, друзей, родных и близких.

Почти 20 лет (1975-1993гг) проработала на кафедре Якубова Манзура Мухсиновна, кандидат медицинских наук, врач высшей категории, отличник здравоохранения СССР. Якубова М.М. после окончания клинической ординатуры на кафедре оториноларингологии работала ординатором (1965-1973гг.), затем заведующей ЛОР отделением (1973-1975гг.) в РКБ №3. В 1974 году, под руководством профессора Ю.Б. Исхаки защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Тонзиллит, этиология и клиника диффузного гломерулонефрита и пиелонефрита у детей, эффективность тонзиллэктомии». В данном научном исследовании было убедительно доказано, что большим детям с заболеванием почек, длительное время получавшим большие дозы кортикостероидов не противопоказана тонзиллэктомия, но оперативное вмешательство необходимо проводить на фоне поддерживающих доз гормонов. Она является автором более 50 научных работ. Награждена орденом «Дружбы» (2001) и медалью «Ветеран труда»(1988). В настоящее время работает ЛОР - консультантом в лечебно - диагностическом центре ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

В течении 45 лет работает на кафедре кандидат медицинских наук, опытный педагог, клиницист доцент Тохирова Мунавара Гафуровна. После окончания клинической ординатуры работала ЛОР - врачом в РКБ №3 (1972-74гг.), затем аспирант (1974-77гг.), ассистент (1977-1994гг.) и с 1994 года является доцентом кафедры оториноларингологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино. В 1981 году, под руководством профессора Ю.Б. Исхаки защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Состояние ЛОР - органов у жителей разных высот Памира». Является автором 90 научных работ, в том числе 6 учебно-методических трудов и 3 рационализаторских предложений. В соавторстве с профессором Ю.Б. Исхаки в 1994 году им выпущено учебное пособие «Дарснома», курс лекций по оториноларингологии на таджикском языке для студентов ТГМУ. В течении 15 лет успешно выполняла обязанности

учебного доцента кафедры. В период с 2001 по 2002 г и с 2009 по 2010 годы исполняла обязанности заведующей кафедры. Является отличником здравоохранения РТ. В настоящее время является наставником молодых ассистентов и пользуется огромным уважением среды коллектива кафедры и клиники.

Основным научным направлением кафедры в 90-е годы явилось комплексное изучение различных иммуноаллергологических аспектов заболеваний верхних дыхательных путей и уха. Это прежде всего касается работ по изучению краевой эпидемиологии, факторов риска, клиники, рациональных схем лечения и профилактики ЛОР-аллергозов. Целый ряд научных исследований последних лет, осуществляемых учеными-оториноларингологами Таджикистана, оказались приоритетными как у нас в стране, так и за рубежом. Наиболее разработанными в настоящее время можно считать проблемы аллергических ринитов, риносинуситов, заболеваний среднего уха и острой нейросенсорной тугоухости. При этом решен целый комплекс вопросов, это прежде всего касается определения роли аллергии в генезе данных патологических состояний, взаимодействия аллергий и инфекций, характера иммунных нарушений и др.

Проведенное изучение иммунного статуса больных заболеваниями ЛОР-органов и выявление иммунологических поломок в различных его звеньях дали возможность ученым-оториноларингологам осуществить патогенетический подход к разработке программ лечения путем включения в терапевтический комплекс иммуностропных лекарственных средств, что позволило получить обнадеживающие профилактические и лечебные результаты.

В настоящее время иммунокоррекция и иммунореабилитация являются главным направлением в профилактике и лечении аллергических заболеваний, поэтому проводимые исследования на кафедре в этом направлении заслуживают особого внимания. Впервые в оториноларингологической практике был применен иммуномодулятор Т-активин при лечении поллиноза у детей. В качестве иммуномодулятора при хронических средних отитах применили левамизоль местно в виде аэрозолей, эмульсий и свечей.

Были сделаны серьезные разработки по использованию при аллергических заболеваниях ЛОР-органов нетрадиционных методов лечения - низкоинтенсивного лазерного излучения, низкочастотного ультразвука, криотерапии, иглорефлексотерапии, магнитотерапии и других. По результатам изучения различных аспектов иммунологии и аллергологии ЛОР-органов опубликованы более 200 научных статей, защищены 7 кандидатских диссертаций. Все эти достижения кафедры и клиники непосредственно связаны с именем члена корреспондента АМН РФ, профессора Ю.Б. Исхаки.

ДОСТИЖЕНИЯ КАФЕДРЫ ЛФК И ВОСТОЧНОЙ МЕДИЦИНЫ

Нажмидинова М.Н., Солиев Ф.Г., Носирова П.К.

Кафедра Лечебной физкультуры и Восточной медицины ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

В Таджикском госмедуниверситете им. Абуали ибни Сино врачебный контроль и лечебная физкультура как преподавание цикла началось с 1958 года на кафедре физвоспитания. Заведующим кафедры в то время был В.П. Химич. Занятия проводились на базе Республиканского врачебно-физкультурного диспансера его главным врачом М.А. Смоляром. Первым ассистентом по врачебному контролю и лечебной физкультуре стала в 1970 году И.Е. Витвительская. Затем на этой же кафедре стали работать преподавателями Э.Н. Дворецкий, В.В. Бивзюк, Т.К. Куликова. С сентября 1975 года к циклу врачебного контроля и лечебной физкультуры присоединился курс физиотерапии, и уже как самостоятельная кафедра ЛФК и ВК с курсом физиотерапии отделилась от кафедры физвоспитания. Заведующим кафедры стал к.м.н. Э.М. Дворецкий.

В сентябре 1980 года на кафедре ЛФК и ВК с курсом физиотерапии начал работать курортолог к.м.н. П.А. Мамадмуродов. В этом же году на кафедре начал работать ассистентом один из основоположников спортивной медицины и врачебного контроля в Республике М.А. Смоляр, а затем ассистентом кафедры стала С.А. Амиджанова, окончившая клиническую ординатуру на этой же кафедре.

Объем учебной и лечебной работы нарастал с каждым годом и в 1983 году на кафедру была принята ассистентом Е.Г. Алиева, а в 1985 году – С.А. Сулейманова. Заведующим кафедрой был назначен к.м.н. П.А. Мамадмуродов, который проработал до 1987 года. С 1987 по 1992 год заведующей кафедрой была к.м.н. Т.К. Куликова.

С 1989 по 1993 год на кафедре ассистентами работали к.м.н. О.Б. Астахов, к.м.н. Л.И. Абдулсалямова, Р.Б. Юлдашева, Л.П. Измайлова.

С 1992 по 1995 года кафедрой заведовала к.м.н. С.А. Сулейманова, а с 1995 года – старший преподаватель этой же кафедры Е.Г. Алиева исполняла обязанности заведующей кафедрой. После защиты кандидатской диссертации в 1997 году Е.Г. Алиева прошла по конкурсу на должность заведующей кафедрой ЛФК и ВК с курсом физиотерапии и работала до 2010 года.

С 1999 года на кафедре работает Н.В. Фаттоева, после прохождения клинической ординатуры на этой же кафедре, также до 2010 года на кафедре работали: З.И. Юлдашева; С.Г. Мироджева; Р.И. Касымова; Л.А. Джалалова.

В 2010 году после объединения кафедр ЛФК и ВК с курсом физиотерапии и восточной медицины образовалась кафедра ЛФК и восточной медицины. Заведующим кафедрой назначен к.м.н. Солиев Ф.Г. С 2010 года на кафедре работает профессор кафедры Исомитдинов А.И.; с 2013 года профессор Нажмидинова М.Н., доцент кафедры Алиева Е.Г.; старший преподаватель Н.В. Фаттоева; ассистенты Шарипов М.; Сафарова Г.Н.; Сафаров Д.; с 2017 года заведует кафедрой ЛФК и Восточной медицины д.м.н., профессор Нажмидинова М.Н.

Предмет Восточной медицины проводится в Городском лечебном центре №10 на 5 этаже (с 2017 года ГО «Комплекс Истиклол»), состоит из 4 учебных комнат с 10-12 сидячими местами и из одного психологического кабинета. Всего на кафедре 52 сидячих места, с общим объемом 68 кв. метров.

Третья база кафедры расположена в Городском центре Вертебологии, которая имеет 4 учебных комнаты, всего 52 сидячих мест и общий объем составляет 90 кв. метров.

Лекции по ЛФК и физиотерапии читаются студентам заведующей кафедрой, профессором и доцентом кафедры на русском и таджикском языках в читальном зале №7, на 2 этаже в новом корпусе медуниверситета. Во время проведения практических занятий по предмету физиотерапии студентам демонстрируются физиотерапевтические процедуры и аппараты, которые находятся в Лечебно-диагностическом Центре им. Абуали ибни Сино, Городском лечебном центре №10 и Городском центре Вертебологии.

Учебные комнаты оснащены физиотерапевтическими аппаратами (10), стендами (60), компьютерами (6) и принтерами (5). Практические занятия проводятся при помощи новейших технологий, компьютерами и мультимедиами, показом видеороликов по темам, а также проводятся тематические презентации и доклады для студентов.

Обеспечение кафедры учебно-педагогическими кадрами составляет от 12,25 до 18,75 ставок. Всего 16,75 ассистентских рабочих ставок, 2,0 ставки составляют лаборантские. Средний возраст ассистентов кафедры составляет 48 лет. Из 17 ассистентов кафедры 8 являются основными работниками, остальные совместители. Научная степень кафедры составляет 37,5 %.

Основными задачами кафедры «Лечебная физкультура и Восточная медицина» являются:

- обучить механизму действия физических факторов на организм;
- подготовить студентов самостоятельно проводить физиотерапевтические процедуры;
- освоить основы лечебной физкультуры и врачебного контроля ;
- обучить механизму действия лечебной гимнастики и массажа;
- дать понятие о лечении при помощи народной медицины для предупреждения болезней, диагноза, лечения и таких процедур как: фитотерапия, иглорефлексотерапия и биоэнергетика.

Учебно- методические навыки кафедры выполняются в зависимости от учебных графиков.

Курс «физиотерапия» разработан и введён в зависимости от новейшей медицинской концепции для студентов 4 курса ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Для улучшения учебного процесса в зависимости от внедренных изменений и нововведений в высшую медицину и фармацевцию уделяется особое внимание.

На кафедре, для улучшения учебного процесса, разработаны учебно- методические пособия на русском, таджикском и английском языках и каждый год, с учетом внедряемых изменений и нововведений, все учебные материалы обновляются.

Усовершенствование кафедры с тремя высшими учебными программами утверждено: психиатрия, иглорефлексотерапия и физиотерапия. В течение прошедших годов УСО прошли 49 специалистов и работают в сфере медицины и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Курсы УСО проводятся со стороны профессора кафедры, д.м.н. Нажмидиновой М.Н. и доцента кафедры Алиевой Е.Г.

На кафедре разработана одна книга на таджикском языке, 2 книги на русском языке, 4 монографии (на русском и таджикском языках). 19 учебно- методических разработок распечатано.

Основные научные результаты:

- Проводились наблюдения за клинико-функциональным состоянием сердечно-сосудистой системы с помощью измерения давления, ЭКГ, ЭХО КГ, наблюдения автономной нервной системы у 40 больных с ИБС и гипертонией
- В результате наблюдения за больными с одинаковыми состояниями здоровья среди лечащихся больные были разделены по специальным группам (1 группа- проверяющиеся, 2 группа- больные с заболеванием ИБС, 3 группа- больные с болезнью гипертония).
- В зависимости от распределения физических факторов (физическая культура, массаж, физическая нагрузка в воде, использование природных факторов, активная ходьба) и психологических факторов (психологическое лечение, лечение с помощью иглы и рефлекса, фитотерапия) изучено состояние здоровья специальных групп.
- А также в процессе использования разных способов физического лечения изучаются динамические изменения.

Статьи и тезисы со стороны кафедры были опубликованы в количестве 453.

Из 131 научных статей 16 изданы за пределами республики Таджикистан, 36 статей отправлены в ВАК, а остальные 41 для учебных работ написаны на таджикских языках.

Основные лечебные работы кафедры проводятся на четырех лечебных базах для оздоровления населения Республики Таджикистана в Лечебно-диагностическом центре ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Городском лечебном центре №10, Республиканский центр Вертебологии и Государственный центр «Истиклол».

Нажмидинова М.Н.- заведующая кафедрой, д.м.н., профессор ведет больных в ГУ «Комплекс Истиклол» и в Республиканском центре Вертебологии МЗ РТ.

Алиева Е.Г.- является доцентом кафедры и ведет больных в ЛДЦ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Она лечит больных физиотерапевтическими процедурами, физической культурой и массажем.

№	Наименование	Количество	Таджикский	Русский	За пределами РТ
1	Статьи	31	7	17	7
2	Разработки	44	4	38	2
3	Авчи зухал	10	10	-	-
4	Вестник Авицены	2	-	2	-
5	Медицинский общепринятый журнал «Даво»	10	10	-	-
5	Утвержденный ВАК-овский журнал	36	10	19	7
	Всего	133	41	76	16

№	Наименование по специальности	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Всего
1	Психотерапия	-	1	1	-	-	1	-	3
2	Иглорефлексо терапия	12	6	2	5	-	4	5	34
3	Физиотерапия	2	1	7	12	-	2	1	28
4	Всего	14	8	10	17	-	7	6	62

Фаттоева Н.В.- является учебным ассистентом и ведет больных в ЛДЦ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Она лечит больных физиотерапевтическими процедурами, физической культурой и массажем.

Сафарова Г.Н., Шарипов М., Рахматуллоев А.Р., Алиева З.Ч.-являются ассистентами кафедры в Государственном центре «Истиклол». Все сотрудники кафедры участвуют в обходах, ведут лечебно-консультативную и общественную работу среди больных в ГУ «Комплекс Истиклол и республиканский центр Вертебрологии МЗ РТ. А также участвуют в мед. осмотрах студентов и в конференциях и семинарах, проводящихся в ТГМУ со стороны министерства и иностранных организаций.

Ниязова Ш.С., Носирова П.К.- являются ассистентами - совместителями кафедры, которые ведут лечебно – консультативную работу в Лечебно Диагностическом Центре ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Наимов Р.К., Исмоилов К.- являются ассистентами - совместителями в Республиканском центре Вертебрологии МЗ РТ. Они лечат больных физиотерапевтическими процедурами, физической культурой и массажем.

Задачи кафедры на предыдущий год:

1. Использование процедур с новейшей инновационной технологией во время занятий по ЛФК и ВМ, увеличить использование видеороликов во время занятий.
2. Новейшие стандарты, использование графиков и учебной программы в связи с новыми требованиями.
3. Разработка учебных книг и методических разработок и пособий.
4. Увеличение и вовлечение к научной работе студентов и сотрудников ТГМУ
5. Повышение уровня знаний ассистентов.

Ассистенты кафедры участвуют в каждодневной жизни университета. Год за годом стараются поднять планку, состояние здоровья населения и воспитания хороших медицинских кадров и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

№	Учебный год	Учебное пособие	Монография	Учебно-методические разработки	Всего
1	2011	1	-	3	4
2	2012	-	-	6	6
3	2013	-	-	1	1
4	2014	-	-	1	1
5	2015	-	-	1	1
6	2016	-	2	-	2
7	2017	-	1	-	1
8	2018	1	1	5	7
9	2019	1	-	2	3
	Всего	3	4	19	26

На кафедре проводятся занятия по курсу лечебная физкультура, физиотерапия и восточная медицина со студентами 4 и 6 курсов медицинского факультета, 3 и 5 курсов стоматологического факультета.

Студентов знакомят с основами лечебной физкультуры, массажа, а также знакомят с физиотерапевтической службой и основами восточной медицины.

Сотрудники кафедры помимо учебной, проводят и лечебную работу на базе поликлиники и стационара.

Ежегодно один из ассистентов кафедры принимает участие в работе комиссии по осмотру студентов первых и вторых курсов в Медуниверситете; оказывает шефско-консультативную помощь студенческой поликлинике.

Сотрудники кафедры активно ведут научно-исследовательскую работу по комплексированной тематике кафедр терапевтического профиля по теме: «Актуальные вопросы сердечнососудистой патологии у жителей Республики Таджикистан». Сотрудники кафедры принимали активное участие в работе всесоюзных съездов по спортивной медицине, лечебной физкультуре, физиотерапии, восточной медицине, а также в работе конгресса работников Здравоохранения Республики Таджикистан (Медицина и Здоровье). За время существования кафедры было опубликовано 370 работ, из них 28 методических рекомендаций, внесено 11 рационализаторские предложения. Преподаватели кафедры принимают активное участие в общественной жизни Университета, повышают свой профессиональный уровень, вносят свой посильный вклад в дело образования и воспитания студентов Таджикского Государственного Медицинского Университета им. Абуали ибни Сино.

**МДТ «ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБЎАЛӢ ИБНИ СИНО»
КАФЕДРАИ ФИЗИКАИ ТИББӢ ВА БИОЛОҶӢ БО АСОСӢОИ ТЕХНОЛОҶИЯИ ИНФОРМАТСИОНӢ
Таърихи кафедра**

Имрӯзи кафедра: мудири кафедра: д.и.ф.м., профессор, Дусназар Саидович Шерматов.

Хайати кафедра:

Дотсентҳо: Аслонова Хосият Махкамовна, Гуйчиев Абдучаббор Ашурович.

Муаллимони калон: Расулов Сунатулло Нёматуллоевич, Сайфуллоев Зокирҷон Умарович, Сафаров Суҳроб Кукиевич, Сафаров Бахтиёр Бердиевич.

Ассистентҳо: Мирзоахмедов Меликузи Ҳамидович, Имомбердиев Абдуназар Боймуродович, Солиев Азимҷон Гапаралиевич, Саторов Далерҷон Курбонович, Ибронов Сайризвон Сайихсонович, Хоҷаев Баҳромҷон Мирзоҷононович, Муҳаммади Бобо, Муратова Чинигул Ҷумаевна, Муродова Дастагул Гурезовна, Халифаева Шоҳина Хуршедовна, Сирочидинов Мунисҷон Эркиноҷононович, Мавлонова Хуршеда Самадовна, Тулаев Ҷаҳонгир Панҷиевич, Мамадалиев Мансур Муродович, Асроров Собир Аюбович, Аҳмедов Ҷовидон, Амонкулов Хусейн Гулмуродович, Хусравбеков Лоик.

Дар донишгоҳи олии тиббӣ фанни физикаи тиббӣ ва биологӣ ва технологияи информатсионӣ яке аз фанҳои бунёди ба ҳисоб рафта, он аз тарафи донишҷӯён омӯхта мешавад.

Таърихи кафедра: кафедраи физика баробари кушодашавии Институти давлатии тиббии Сталинобод дар соли 1939 ташкил ёфтааст. Якумин мудирӣ кафедра номзади илмҳои физика ва математика дотсент Азизов А.А., таъйин шуд, ки олими шинохта, педагоги соҳибтаҷриба буда, пештар дар Донишгоҳи давлатии Москва ба номи М.В. Ломоносов фаъолият мекард. Пас аз чанде ӯро ба сафи Армияи Сурх даъват намуданд ва ӯ дар вақти Ҷанги Бузурги Ватанӣ дар фронт ҳалок гашт. Пас аз ӯ Малков И.А ба ин вазифа таъйин шуд. Дар тарафи соли 1961 Говорков А.М. ин вазифаро ба уҳда дошт. Дар давраи солҳои 1961 то 1979 роҳбарии кафедраро Корманди хизматнишондодаи маорифи Республикаи Тоҷикистон, дотсент М.М. Тоҷиков ба уҳда гирифт. Якҷанд вақт роҳбарии кафедраро У.О. Орифхоҷаев ва К.К. Носиров ба уҳда доштанд. Аз соли 1984 то 2000 Аълоҷии маорифи Республикаи Тоҷикистон, номзади илмҳои физика-математика, дотсент К.Н.Шарифов оғзари кафедра буд.

Аз моҳи сентябри соли 2000 ба вазифаи мудирӣ кафедраи физикаи тиббӣ ва биологӣ Аълоҷии маорифи Республикаи Тоҷикистон, доктори илмҳои физика-математика, профессор Д.С. Шерматов таъин гардид.

Д.С. Шерматов аъзои Академияи Байналмилалӣ муаллифони ихтироҷкор, академики фанҳои иҷтимоӣ ва педагогӣ, Аълоҷии маорифи Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад. Шерматов Д.С. аъзои се Шӯрои диссертатсионӣ оид ба Ҷимояи рисолаи докторӣ ва номзадӣ. Дар ду Шӯрои Донишгоҳи миллий (Д 999.188.02, Д 999.117.03) ва аъзои Шӯрои диссертатсионӣ 6D.KOA-035 Донишгоҳи давлатии Бохтар ба номи Носири Хисрав мебошад. Дар зер роҳбарии ӯ 8 нафар рисолаи номзадиро Ҷимоя карданд. Шерматов Д.С. муаллифи зиёда аз 250 мақолаҳои илмӣ, 1 монография, 2 китоби дарсӣ, 27 дастурамали методӣ аст. Корҳои ӯ дар маҷаллаҳои илмӣ «Механика полимеров», «Акта polymerica», «Высокомолекулярные соединения», «Физико-химическая механика полимеров» ба ҷоп расидаанд. Профессор Шерматов Д.С. аъзои коллегияи маҷаллаи «Новые полимеры России» дар Амрико мебошад.

• **Дар давраҳои солҳои 1970 то 1990 дар вақтҳои гуногун дар кафедра кор карданд:**

- ✓ **докторони илм:** Ҳ.О.Абдуллоев, Н.С.Султонов;
- ✓ **номзадҳои илм, дотсентҳо:** А.А.Тилияев, А.Н.Норматов, Н.Т.Турсунов, С.Н.Низомиддинов, Р.А. Хошмухамедов, В.Б.Бобоев, А.И.Исломов, Т.Ф.Фатхуллаев, Н.Р.Тураева, Е.Н.Бахус, Б.Ҳ.Ҳамзаев, С.Н. Соқиев, Н.Ю.Юханонов, М.М.Израилова, Ш.Н.Нуров, Б.Ғ.Ғаффоров, Х.Н.Насруллоев, Н.Н. Нарзуллоев.
- ✓ **Муаллимони калон:** З.Н.Яровинская, А.М.Павленко, Х.И.Касимов, А.М.Рубинов, К.Ж.Аубакирова, К.С.Ташпулатова, Н.Т.Усманова.
- ✓ **Ассистентон:** Э.М.Мухаммедова, Л.А.Жолобова, И.И.Саженин, Аслонова Х.М., Гулов А.Ф.

Аз соли 1986 бо сабаби дохил кардани тағйиротҳои зиёд ва иловаҳо дар барномаи таълимӣ кафедраи физикаи тиббӣ ва биологӣ номида шуд. Номгузориҳои нави кафедра робитаи мустақами физикаро бо тиб, ҳамраҳии омӯзиши физикаро дар Донишгоҳи тиббӣ, махсус қайд мекунад ва ин робита ҳамачабах аст. Нишон додани шарҳи физикии равандҳои гуногуни физиологӣ (гардиши хун, нафаскашӣ, паҳншавии импульсҳои асаб ва ғайраҳо) дар организми одам, асосҳои физикии ташхис (электрокардиография, рентгенография ва ғайраҳо), таъсири омилҳои физикӣ ба организми одам бо мақсади таъбабат (дефибрилляторҳо, УВЧ-терапия ва ғайраҳо), асосҳои физикии материалҳои дар тиб ва муҳити атроф истифодашаванда ва ғайраҳо қарб аст. Тараққиёти усулҳои ташхиси таъбабатӣ, таъмини тиб бо дастгоҳҳои электрикии ҳозиразамон, аз табиб донишҳои мукаммалро талаб мекунад, ки онҳоро табиб ҳатман бояд ҳангоми омӯзиши курси физикаи тиббӣ ва биологӣ дар кафедра аз бар намояд.

Истифодабарии компютерҳо дар тамоми доираи фаъолияти одам рӯз аз рӯз фаъол шуда истодааст. Компютерҳо дар ҳифзи саломатии омма низ васеъ татбиқ шуда истодаанд.

Ин ҳама сабаби ташкил намудани кафедраи нав дар донишгоҳ - кафедраи информатика гашт. Мудирӣ кафедра номзади илми кимӣ, дотсент Аслонова Хосият Маҳкамона таъйин шуд. Кафедра моҳи сентябри соли 2007 кушода шуд.

Дар соли 2014 кафедраро бо кафедраи физикаи тиббӣ ва биологӣ муттаҳид карданд ва ҳоло бошад, он кафедраи физикаи тиббӣ ва биологӣ бо асосҳои технологияи информатсионӣ номида мешавад.

Вазифаи асосии қормандони кафедра, дар тӯли солҳои фаъолиятшон тақмил додани фаъолияти таълим, қорҳои методӣ ва илмӣ буд. Ин ба рушди босуръати илми физика, афзуншавии аҳамияти физика дар тиб бо сабаби қорресси илмӣ-техникӣ дар тамоми ҷаҳаҳои дониши инсон ва тағйиротҳои бузург дар тиб алоқаманд аст. Муҳим он аст, ки беҳтаршавии робитаи физика бо тиб, шароити омӯзиши ҷуқури физикаи тиббӣ ва биологиро фароҳам овард.

Омӯзгорони кафедра барои азҳуд намудани барномаи нави таълим вобаста ба «самтноққунӣ» ва таҳияи адабиётҳои таълимӣ-методӣ бо забони давлатӣ, меҳнати самаранок намуданд.

Натиҷаи интиҳои омӯзиши курси физикаи тиббӣ ва биологӣ дар донишгоҳи тиббӣ дар он аст, ки донишҷӯён бояд ҳолатҳои асосии биофизика ва ҷихатҳои фарққунандаи принципаҳои биофизикаро қун

илме, ки равандҳои элементарии дар организми зинда гузарандаро вобаста ба саволҳои ба физикаи амалӣ ва ё принципи сохтори асбобҳо ва дастгоҳҳои тиббӣ тааллуқдоштаро, пурра азхуд кунанд.

Кормандони кафедра як қатор корҳои методӣ ва дастуралалҳоро барои донишҷӯён тайёр ва чоп намуданд, корҳои илмӣ-тадқиқотӣ идора доданд, 70 дастуралалҳои методӣ барои донишҷӯён ва 1500 мақолаҳои илмӣ дар нашриётҳои дохил ва хориҷи кишвар чоп карда шуд. Дар кафедра донишҷӯёни курси 1-уми ҳамаи факултетҳо ва донишҷӯёни курси 2-юми факултети фарматсевтӣ аз фанни физикаи тиббӣ ва биологӣ омӯзонида мешаванд. Донишҷӯёни факултети фарматсевтӣ аз фанни математики олий дарс меомӯзанд. Аз соли 2007 дарсҳо бо забони англисӣ гузаронида мешаванд. Ҳоло дар кафедра дарсҳо бо се забон гузаронида мешаванд: тоҷикӣ, русӣ ва англисӣ. Барои донишҷӯёни хориҷӣ маводҳои методӣ омода карда шудааст.

1. Самтҳои илмӣ дар фаъолияти кафедра:

Самти илмии кафедра - тадқиқотҳои эксперименталии хосиятҳои мустаҳкамӣ ва пойдорӣ; сохтор ва хосиятҳои полимерҳои сахт; тадқиқоти спектри дискретии савияҳои хосиятҳои физикӣ бо назардошти мустаҳкамӣ ва пойдории пардаҳои полимерӣ ва нахҳо, динамикаи онҳо ҳангоми таъсири омилҳои гуногун дар алоҳидагӣ ва якҷоягӣ мебошанд. Корҳои илмӣ кафедра дар маҷаллаҳои «Механика полимеров», «Acta polymerica», «Высокомолекулярные соединения», «Физико-химическая механика полимеров» ва ғайраҳо чоп шудааст. Мудири кафедра аъзои коллегияи редаксионии «Новые полимеры в России» мебошад, ки ин маҷаллажурнал дар Америка бо забонҳои англисӣ ва русӣ чоп мешавад.

Ҳозир дар кафедра донишҷӯёни курси 1-уми ҳамаи факултетҳо ва донишҷӯёни курси 2-юми факултети фарматсевтӣ аз фанни «Физикаи тиббӣ ва биологӣ» дарс меомӯзанд. Донишҷӯёни факултети фарматсевтӣ, ба ғайр аз ин боз математикаи олиро меомӯзанд. Аз соли 2007 инҷониб дар кафедра машғулиятҳо бо донишҷӯёни хориҷӣ бо забони англисӣ гузаронида мешавад. Барои донишҷӯёни хориҷӣ маводҳои таълимӣ бо забони англисӣ тайёр ва чоп карда шудааст.

Дар замони ҳозира иҷроиши корҳоро бе компютер тасаввур кардан мушкил аст. Истифодабарии компютерҳо дар тамоми доираи фаъолияти инсон рӯз аз рӯз фаъол шуда истодааст. Компютерҳо дар ҳифзи саломатии омма низ васеъ татбиқ шуда истодаанд. Бо ин мақсад дар назди кафедра синфҳои бо компютерҳои ҳозиразамон таҷҳизонидашуда, ташкил карда шудаанд. Дар кафедра 5 синфхонаи бо компютерҳо, принтерҳо, дастгоҳҳои мултимедӣ ва тахтаи электронӣ мӯҳафазгардида мавҷуд аст.

Дар кафедра курси информатикаи тиббӣ барои аспирантҳо, ординаторҳо ва магистрҳои донишгоҳ гузаронида мешавад. Аз соли 2012 инҷониб дар кафедра курси тақмили ихтисос КТИ аз информатика гузаронида мешавад, ки дар ин муддат 600 устодон ва кормандони донишгоҳ ин курсро гузашта, соҳиби сертификат шуданд.

2. Кори тарбиявӣ

Дар кафедра кори сиёсӣ - тарбиявӣ яке аз қисмҳои асосии таълим мебошад ва ба он аҳамияти махсус дода мешавад. Аз рӯи тақсмоти муовини ректор оид ба корҳои тарбия ба кафедра ҳамамола 10 гуруҳи факултети тиббӣ ҷудо карда мешавад. Саркуратор ва кураторони кафедра нақшаи кории худро доир ба кори тарбиявӣ омода мекунанд. Кураторон бо гуруҳҳои вобаста карда шуда аз руи нақша вохуриҳо мегузаронанд, ба тамошои театр ва кино мераванд, дар намоишгоҳҳо иштирок мекунанд, ба тамошои осорхонаҳои шаҳри Душанбе мераванд. Гуруҳҳои кураторӣ дар корҳои тарбиявӣ ва маросимҳои донишгоҳ, ноҳия ва шаҳрӣ фаъол мебошанд. Гуруҳҳои хеле фаъол буда аз тарафи кафедра мукофотонида мешаванд.

3. Дастовардҳои кафедра

Соли 2012 муаллими калони кафедра Туйчиев А.А. рисолаи номзадро аз фанни педагогика барои унвони номзоди илмҳои педагогика химоя кард. Мавзӯ: «Педагогическая эффективность интегрированного обучения естественно-математическим дисциплинам в медицинском образовании», 2012, тахассуси «Теория и методика воспитания (физика) (педагогические науки)», шифр 13.00.02.

Дар соли 2019 муаллими кафедра Сафаров Б.Б. рисолаи номзодиашро химоя кард.

4. Мукофотҳои кормандони кафедра

- ✓ Шерматов Д.С. – Аз тарафи Вазорати илм ва маориф ва илми Ҷумҳурии Тоҷикистон соҳиби унвони Аълочии маорифи ҶТ гашт, 21.09.1997.
- ✓ Аслонова Х.М. – соҳиби унвони Аълочии маориф ва илм гашт, 28.08.2014
- ✓ Туйчиев А.А. - Соҳиби унвони аълочии маориф ва илм гашт, 20.09.2015

5. Ҳамкорӣҳои дохилӣ ва хориҷии кафедра

➤ Ҳамкорӣҳои дохилӣ:

- ✓ Донишгоҳи миллии Тоҷикистон
- ✓ Институти физика ва техникаи ба номи С.Умарови АИ ҶТ
- ✓ Донишгоҳи давлатии омӯзгории ба номи С.Айни
- ✓ Институти химияи АИ ҶТ,
- ✓ Донишгоҳи ба номи Н.Хусрави Бохтар

➤ Ҳамкорӣҳои хориҷӣ:

- ✓ Институти физика ва химияи АИ Россия,
- ✓ Академияи давлатии нахҳои тунуки химиявии ба номи М.В.Ломоносови шаҳри Москва
- ✓ Донишгоҳи давлатии тиббии Новосибирск

Мақсади асосии омӯзиши фанни физикаи тиббӣ

Мақсади асосии омӯзиши фанни физикаи тиббӣ дар мадди аввал ин омӯзиши организми инсон ва равандҳои дар он ба амал меомада мебошад, ки вайроншавии фаъолияти онҳо ба беморӣ бурда мерасонад. Тараққиёти ин фан яке аз шартҳои пешравии тибби назариявӣ ва амалӣ мебошад. Методҳои физикаи тиббӣ асоси коркарди методҳои нави ташхис ва табобати инсон мебошад. Мақсади асосии омӯзондани ин фан дар мактаби олии дар он аст, ки дар асоси мисолҳои оддии биологӣ равандҳои дар организми инсон ба амал меомада омӯхта шавад.

Мақсади омӯзиши фанни физикаи тиббӣ ва биологӣ аз омӯзондани асосҳои физика ва усулҳои физикии ташхису табобат ва гигиена иборат мебошад. Ҳангоми омӯзиши курси мазкур донишҷӯён ба ҳодисаҳои физикие, ки дар табиат зоҳир мегардад, қонунҳои фундаменталии физика ва тадбиқи онҳо дар ҳаёт шинос мегарданд.

Вазифаҳои асосии омӯзиши ин фан.

Вазифаҳои асосии омӯзиши ин фан дар баланд бардоштани сифати тадқиқотҳои илмӣ дар тиб ин ва сӯи истифода бурдани риёзиёт (математика) мебошад ва бинобар он омӯзиши баъзе масъалаҳо ва асосҳои риёзиёти олии ба назар гирифта шудааст.

➤ **аз фанни технологияи информатсионӣ**

- ✓ самтҳои асосии истифодабарии технологияи информатсионӣ;
- ✓ классификатсияи забонҳои барномасозӣ;
- ✓ принципҳои асосии қори системаҳои оператсионӣ (СО);
- ✓ қоидаҳои қори МЭҲ дар режими диалогӣ;
- ✓ имконияти истифодабарӣ ва қоидаҳои қори протсессори матнӣ, истифодабарии қадвалҳои электронӣ ва почтаи электронӣ;
- ✓ тарзҳои қор бо пойгоҳи маълумотҳо;
- ✓ принципҳои ташкили шабакаҳои локалӣ, минтақавӣ ва глобалӣ;
- ✓ технологияи информатсионӣ дар тиб.

Кафедра анъанаҳои хуби пештараро давом дода, омӯзиш, қор бо маводҳои таълим, қорҳои илмӣ, қорҳои нави лабораторӣ, тақмили қорҳои лаборатории кӯҳна ва барномаҳои таълимро таҳия қарда истодааст.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ МИКРОБИОЛОГИИ, ИММУНОЛОГИИ И ВИРУСОЛОГИИ ГОУ ТГМУ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО Саторов С., Кенджаева И.А.

История развития микробиологии, иммунологии и вирусологии в Таджикистане тесно связана с организацией кафедры микробиологии при ТГМИ имени Абуали ибни Сино. Кафедра была организована в январе 1941 года под руководством М.Н. Перехожевой.

В июне 1941 заведующим кафедрой был назначен Житомирский В.К., который имел большой опыт в проведении практических и теоретических занятий по предмету микробиологии. Житомирский В.К. в течение 1941-1944 и 1948-1954 годов продолжил свою педагогическую деятельность и вложил огромный вклад в воспитание специалистов в области микробиологии, иммунологии и вирусологии в Таджикистане. В этот период на кафедре в качестве ассистентов работали М.Н. Перехожева, Д.И. Бушуева, Л.А. Черная, которые наряду с педагогической деятельностью проводили научно-исследовательскую работу.

После успешной защиты кандидатской диссертации Перехожева М.Н. повторно была назначена заведующей и возглавляла кафедру в период 1944-1948 гг. и 1953 -1959 гг. В этот период на кафедру были приглашены на должности ассистентов кафедры специалисты Г.А. Капенгародская и А.М. Пилосов.

В отдельные годы опытные врачи-бактериологи О.И.Андреева, Л.В.Зарубинич, А.Е.Кенена, Р.М.Чернавская, А.Д.Сергиенко, А.Н.Ваисман, Н.Н.Лаврова работали по совместительству ассистентами кафедры.

С 1952 года начинается подготовка научных кадров и первые выпускники ТГМИ имени Абуали ибни Сино защитили кандидатские диссертации по различным направлениям. В частности, тема кандидатской диссертации У.В.Сидикова была посвящена этиопатогенетической роли различных микроорганизмов при патологии миндалин: «Микрофлора зева и миндалин при ангине и хроническом тонзилите». Тема кандидатской диссертации А.М.Пилосова была посвящена микрофлоре кишечника при дизентерии: «О некоторых изменениях микрофлоры больных дизентерией при лечении их антибиотиками».

В 1959 году на должность зав. кафедрой был избран кандидат медицинских наук, доцент У.В.Сидиков, который занимал эту должность до 1970 года.

С 1960 по 1970 годы в системе здравоохранения Республики Таджикистан большое внимание уделяли подготовке кадров микробиологов и врачей-бактериологов. В результате этого 12 выпускников института были направлены и закончили ординатуру при кафедре. Из числа этих специалистов Н.В.Пушкар, Л.В.Тлатова, З.В.Савельева, М.Н.Шнайдерман, З.Давлатбекова, Р.М.Бакаева, Н.С. Мамонова, М.Р.Болтаева, Г.З.Мирхайдарова продолжали работу в качестве ассистентов педагогическую деятельность.

В 1970 году заведующим кафедрой был назначен кандидат медицинских наук, доцент А.М. Пилосов, который проработал в этой должности до 1975 года. Он также был организатором и первым деканом педиатрического факультета, позднее стал проректором института по учебной работе.

В 1975 году после защиты докторской диссертации заведующим кафедрой был избран доктор медицинских наук, профессор М.И.Орзуев. В эти годы при кафедре была открыта аспирантура.

В период с 1978 по 1981 гг. на кафедру было приглашено большое количество молодых специалистов, которые в будущем стали ведущими специалистами в области микробиологии, иммунологии и вирусологии в Таджикистане. В частности, в 1978 г. в качестве ассистентов были приглашены выпускники Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино - М.Р.Болтаева и М.Н.Шнайдерман, в 1981 – выпускник Харьковского медицинского института С.Сатторов, которые, совмещая педагогическую деятельность с научной работой, успешно защищали кандидатские диссертации.

В 1987 году профессор М.И. Орзуев был переведен на должность директора Таджикского НИИ эпидемиологии и гигиены, а заведующей кафедрой была избрана профессор Л.Д. Гуторова, которая проработала до 1991 года.

После смерти Гуторовой Л.Д. в 1991 профессор М.И.Орзуев вновь был избран на должность зав. кафедрой. В 1997 году кафедра была переведена на новую базу. Сотрудники кафедры многие годы работали над проблемами стафилококковой инфекции, проводили исследования, связанные с влиянием производственных факторов на микрофлору организма, изучали вопросы микробиологии и эпидемиологии внутрибольничной инфекции.

Начиная с 1999 года, обязанности заведующего кафедрой выполнял доктор медицинских наук, профессор Саидбег Саторов.

Начиная с 2000 г., научно-исследовательская работа кафедры несколько изменилась. Наряду с микробиологической характеристикой микроорганизмов, сотрудники кафедры стали изучать молекулярно-генетические аспекты возбудителей гнойно-воспалительных патологий (стафилококков, стрептококков), сибирской язвы, инфекцией мочевыделительной системы, хеликобактериозов и кампеобактериозов.

Микробиология, иммунология и вирусология являются ключевым медицинским предметом и занимают ведущее место среди других кафедр Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино. Под руководством профессора С.Сатторова в 2006 г. на базе кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии была организована первая в Таджикистане ПЦР-лаборатория, что стало отправной точкой в изучении генетики микроорганизмов и иммуногенетических аспектов некоторых патологий инфекционной и неинфекционной природы.

Начиная с 2000 г. по настоящее время, аспирантами и соискателями кафедры - Кенджаевой И.А., Ахмедовой Г.М., Аюбовой Г.Ш., Курбоновым А.М., Санговым З., Умаровой Н., Хакимовой М. и др. под руководством заведующего кафедрой д.м.н., профессора Сатторова С.С. выполнены и защищены диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, посвященные микробиологической и генетической характеристике патогенных микроорганизмов, циркулирующих в нашем регионе. В настоящее время многие из перечисленных аспирантов и соискателей кафедры успешно работают в различных областях практической медицины, как внутри нашей республики, так и в зарубежных странах. В частности, кандидат медицинских наук Ахмедова Г.М. работает в качестве заведующей областной бактериологической лаборатории в г. Калининграде, а Аюбова Гулнара Шириновна является преподавателем в медицинском колледже в г.Москва Российской Федерации.

На кафедре особое внимание придаётся подготовке молодых специалистов в области микробиологии, иммунологии и вирусологии. С этой целью за последние годы на работу в качестве ассистентов приглашены: Расулов Р.Н, Урманова З.Х., Пардаева Г. С.,Тирандозова Ч.И., Мирзоева Ф.Д., Мискинова Ф.Х., Сулаймонзода Ф.С., Содикова М.М., Туразода П., Абдуназаров П.Н., Расулова М. М.

В настоящее время сотрудники кафедры проводят совместные научно-исследовательские работы со многими кафедрами ТГМУ, а также научно-исследовательскими центрами и университетами из дальнего зарубежья: Национальной лабораторией Берклий (Калифорния, США), Университетами Нью-Йорка и Нью-Джерси (США).

ТАЪРИХИ ДИРЌУЗУ ИМРЌЗИ ФАЪОЛИЯТИ КАФЕДРАИ АСАБШИНОСЌ

Ганиева М.Т., Исоқова М. Ҷ.

Кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Чуноне ки Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон кайд мекунад: «Илми тиб яке аз соҳаҳои муҳими ҷомеа ба ҳисоб рафта, сиёсати пешгирифтаи Ҳукумати кишвар барои рушди соҳа равона карда шудааст ва ҳамзамон аз олимону муҳаққиқони ин соҳа кӯшишу заҳмати зиёдро низ талаб мекунад».

Сарчашмаи илми асабшиносӣ ҳанӯз ҳазорсолаҳо пеш дар сарзамини мо ба вуқӯъ омада буд. Аниқтараш фарзанди фарзонаи миллати тоҷик Абӯалӣ ибни Сино ҳанӯз асри X дар асари бебаҳои хеш «Ал-Қонун-фи-тибб» дар китоби III-юми он нисбати бемориҳои «сар ва мағз» ва «бемориҳои асаб» аз қабилҳои бемориҳои саръ, дарди нимсара, илтиҳоби пардаҳои луобии мағзи сар (менингит), асабхастагӣ, омосҳои мағзи сар, вайроншавии гардиши хун дар мағзи сар (сактаи майна) ва ғайраҳо навишта онҳоро на танҳо маънидод балки тафриқаандозӣ кардааст. Дар китоби чаҳоруми он доир ба осебҳои косоҳонаи сар, ҳароммағз ва торҳои асаб маълумот додааст, ки то имрӯз маънии худро гум накардааст. Вале то солҳои 1925-ум миллати тоҷик аз кӯмаки тиббӣ беш аз он кӯмаки тиббии мутахассин на танҳо маълумот ҳатто тассавурот ҳам надошт. Танҳо баъди солҳои 1925-ум дар Ҷумҳуриамон соҳаи тандурустӣ ба фаъолияти доимамалқунанда бо 5-беморхона ва 9-дармонгоҳ ба қор шурӯъ кард.

Дар аввали солҳои 1931-1932 дар ш. Душанбе ва чанде баътар дар ш.Хучанд аввалин шӯъбаҳои асаб кушода шуда, дар онҳо қабули амбулатории бемориҳои асаб оғоз ёфт. Аввалин пионерҳо аз духтурони асаб дар Тоҷикистон Н.И. Репин, Е.С. Крылова ва Б.Т. Мамкин ба ҳисоб мераванд.

Баъд аз ташкил ёфтани ДДТТ соли 1939-ум бо ташабуси олими шинохта, профессор М.Я.Сирийский соли 1941-ум дар заминаи шӯъбаи асабшиносии беморхонаи шаҳрии №1 ш.Душанбе, кафедраи равоншиносӣ ва асабшиносӣ ташкил гардид. Соли 1942-ум дар давраи Ҷанги Бузурги Ватанӣ бисёре аз олимони собиқ иттиҳод ба кишварҳои Осиеи миёна сафарбар шуданд. Дар миёни онҳо асабшиносон дотсент Ф.М. Лисица

ва А.С. Пенсик низ буданд. Махз дар ҳамин сол (1942) кафедраи асабшиносӣ аз кафедраи равоншиносӣ ҷудо гашта, бо роҳбарии профессор А.С.Пенсик ба фаёлият шурӯъ кард. Аз ин давра ва минбаъд омода намудани мутахассисони асабшиноси маҳалӣ дар ҷумҳурӣ оғоз гардид, ки пайваста ба корҳои илмию-амалӣ даст заданд.

Ҳаёати кафедра дар солҳои 50-ум аз ҳисоби мутахассисони варзида, чун А.М.Пӯлодов, Е.Н. Кутчак, А.Х.Файзуллоев, М.К.Каюмова, Р.А. Гершович, П.С. Мовсесян, Т.И.Холаева, И.Ю. Олимов, А.Т. Юнусова, М.К. Максумова, О.И. Дубровина, Л.В. Животкова, Г.Н.Окулова ва дигарон ба маротиб афзуд. Ҳамин тавр дар ин солҳо бо роҳбарии доктори илмҳои тиб, профессор Александр Семенович Пенсик ва дотсент Фокия Маисеевна Лисиса кафедраи асабшиносӣ ру ба ташакул ниҳод. Аз ин рӯ барои тақвим додани риштаи асабшиносӣ дар Тоҷикистон проф. Пенсик А.С соли 1959 бо унвони баланди давлатӣ «Корманди хизматнишондодаи илми ҶШС Тоҷикистон» сарфароз гардонид шуда буд.

Солҳои 1955-1957 вазифаи мудири кафедраи асабшиносӣ муваққатан ба зиммаи номзади илми тибб А.М.Пӯлодов вогузор гардида солҳои 1957-1962 бошад вазифаи мудири кафедраро профессор Суркой Гайдарович Ахундов ба уҳда мегирад.

Аз соли 1963-ум баъд аз ҷимояи кори докторӣ вазифаи мудири кафедра то соли 1991-ум ба дӯши яке аз шоғирдони олими шинохтаи дунё Е.К. Сепп, Пӯлодов Абдумачид Мӯсович вогузор гардид.

Дониши бойи илмӣ, таҷрибаи андухтаи қорӣ дар муассисаҳои бузурги ш. Москва, А.М. Пӯлодов бо тамоми ҳастӣ дар ҳадамоти асабшиносии миллии ҷумҳурӣ ривоч дода, ба он шохҳои мавқеи-ташхисӣ медиҳад, зеро баҳодихии осебҳои мавқеи системаи асаб танҳо дар сурати мавҷуд ва истифода бурдани усулҳои ёрирасони воқеи тиббӣ имкон дорад, ки мутаассифона чунин мутахассисон набуданд. Аз ин ру бо ибтиқори ӯ як даста духтурҳои ҷавон ба мисли С.Д.Додхоев, Д.Р.Исмаилов, М.Мулохочаев, М.Ю. Юсуфҷонов, Г.К.Пӯлодова, М.Р.Зиёева, Н.В.Сафян, С.Г. Попандопуло, А.А. Каломейсева барои тайёрии махсус ба ш. Москва фиришода мешаванд.

Пас аз хатм, онҳо ба ҷумҳуриамон чун мутахассисони варзидаи соҳаи худ баргашта, фаёлона дар коркарди корҳои ташкилӣ ва ташхисӣ ҳамроҳ гашта, озмоишгоҳҳои мавҷударо васеъ намуданд. Озмоишгоҳҳои навро барои электрофизиология (ЭЭГ, РЭГ, ЭМГ, ЭХО-ЭГ), ҳуҷраи нейропсихология, нейроофтальмология, отоневрологияро поягузорӣ ва омода намуданд. Ин ҳадамот дар кори илмӣ-ташхисӣ нақши муассир бозида, сатҳи таълимӣ-педагогӣ ва машваратиро баланд бардоштааст. Дар ин давра асоси молии клиника, ҳаёати таълимӣ, муҷаҳазосозии маҷтамаъӣ озмоишгоҳ ба маротиб афзудааст. Миқдори рахтҳо то ба 150 адад афзудааст.

А.М. Пӯлодов ба асабшиносии кӯдакона диққати махсус меоданд, онро ба ҳайси ҳадамоти махсусгардонидои алоҳида меоданд. Аввалин бор дар шаҳри Душанбе баҳши асабшиносии кӯдакона иборат аз 60 рахти хоб боз мешавад, ки 20-тои он бо таҷҳизоти махсус барои кӯдакон ҷиҳозонида мешавад. Ҳамин гуна бахшҳо иборат аз 20 рахти хоб дар марказҳои вилоятҳо боз карда шудааст. Ҳамзамон мутахассисони илмӣ- педагогӣ аз ҳисоби педиатрҳо, чун Т.И. Хоҷаева, И.Ю. Олимов, С.М. Мирзоева, А.Б. Бобоев, Н.Б. Хусайнҷонова махз дар ин давра тахти сарвариӣ эшон тайёр карда шудаанд.

Дар соли 1968 тибқи талаботи замон номи кафедра ба кафедраи бемориҳои асаб ва асосҳои ирсияти тиббӣ таъдил дода шуд. Дар кори тайёр намудани мутахассисони махсуси ин риштаи асабшиносӣ диққати махсус дода шуда, дар барномаҳои дарсҳои амалӣ ва назариявӣ давраҳои нав оид ба ирсияти тиббӣ ва бемориҳои ирсии силсилаи асаб ворид гардид.

А.М.Пӯлодов ба масоили васеи асабшиносӣ, чун ошкоршавии клиникаи арахноидитҳои мағзӣ пас аз зуком, сактаи мағз бо варамҳои дуруғравия, қонуниятҳои осебҳои интиқобӣ ҳангоми полиомиелит, ботулизм, этиологияи бруселлез, парешонхотирӣ, бемории саръ ва кундзабонӣ диққати махсус медиҳад. А.М.Пӯлодов этиология ва патогенези як қатор бемориҳои системаи асабро аз ҷиҳати илмӣ асоснок кард ва чандин аломатҳои нави зоҳиршавии бемориҳои асабро баён намуд, ки дар илми ҷаҳонӣ бо номи ӯ машҳуранд. Махс симптомокомплекси Пӯлодов, рефлексии сару рӯй (рефлексии краниофастсиалии патологияи Пӯлодов), фалачи асаби рӯй ба номи Пӯлодов. А.М. Пӯлодов аз ибтидои фаёлияти меҳнатиаш ба тайёр намудани мутахассисони илмӣ-педагогӣ диққати махсус медиҳад. Бо дастгирии ӯ тақрибан дар як вақт рисолаҳои номзадии худро А.Х. Файзуллоев, Т.И. Хоҷаева, А.Т. Юнусова, М.К. Максумова дифоъ намуданд. Ҳамзамон як қатор кормандон дар мавзӯҳои соҳаҳои мухталифи норасогиҳои ҷиддии гардиши хун дар мағз, чун масоили терапияи патолоҷӣ (С.М. Мирзоева), тағиротҳои ликворолоҷӣ (О.Я.Илябаев), тавсифи иммунолоҷӣ (Г.Р. Ҳодибоева), нақши уфунатҳои персистӣ ва пайдоиши онҳоро (Б.Д. Муҳаммадова) мавриди омӯзиш қарор медиҳанд ва дар ин ришта ҷимояҳои илмӣ ба анҷом мерасонанд. Самти дигари басо муҳими тадқиқотҳои илмӣ ин синдроми ихтилоҷӣ дар кӯдакон (И.Ю.Олимов), омӯзиши доруи нави зидди ихтилоҷии карбатин, ки дар донишкадаи кимиёи АИ ҶТ барои табобати саръи кӯдакон (А.Б. Бобоев) ва калонсолон (В.М. Мандриченко) коркард шудааст, ЭЭГ- клиникаи тавсифи бемориҳои кундзабонӣ (Р.А. Ҳошимов), донадорӣ бемории Паркинсон дар минтақаҳои Тоҷикистон (М.Н. Начмидиннова), «Тахлили ирсии клиникӣ ва молекулярӣ касалати мушаққаббеҳи қозибӣ Дюшенн дар Тоҷикистон» (Р.А. Раҳмонов) мебошанд, ки мавриди тадқиқотҳои илмӣ қарор гирифтаанд ва ҷимоя гардидаанд. Таъсири судманди Чашмаи нодирӣ Ҳоҷа Оби-гарм барои табобати бемориҳои ҷурабанди миён исбот гардид (Н.П. Канченкова). Таҷрибаи бои педагогӣ, дониши амиқи анатомия ва физиологияи системаи асаб, масоили ташхиси мавқеъӣ асос гардид, ки дар ин замина А.М. Пӯлодов ва А.С.Никифоров як қатор асарҳо ва китобҳои дарсиро аз қабилӣ «Сактаи мушаққаббеҳи мағзӣ бо варамҳои дуруғравия», соли 1979, нашриёти «Медицина»-и Ҷумҳурии Узбекистон; «Асабшиносии клиникӣ», соли 1972, нашриёти «Медицина» Ҷумҳурии Узбекистон; «Роҳнамо оид ба семиотикаи бемориҳои асаб» (нишонаҳо ва синдроми асаб), 1979, нашриёти «Медицина», Ҷумҳурии Узбекистон; Е.Н. Винарская, А.М. Пӯлодов «Дизартария ва ахамияти ташхиси мавқеъии он барои осебҳои манбаъгии мағз», соли 1977, Ҷумҳурии Узбекистон; «Асабшиносӣ», 1989, нашриёти «Маориф», Ҷумҳурии

Тоҷикистон ва ғайраҳоро чоп намоянд. Ҳамчун яке аз муаллифони китоби мазкур «Асабшиносӣ» бо забони давлатӣ заҳмати зиёде ба харч додаст.

Пас аз ба нафақа рафтани профессор А.М. Пулодов аз соли 1991 то соли 1995 кафедраи асабшиносиро доктори илмҳои тиб, профессор Олимов Исмоил Юсупович ба ўҳда мегирад.

Ин давра барӯзҳои басо мушкили иктисодӣ ва ҷанги шаҳравандӣ ва баъдичангӣ рост омад. Ҳамзамон кӯчбандии иҷбории бештари мутахассисон ба фаъолияти клиника таъсири манфӣ расонид. Миқдори фонди рахтҳои хоби беморон ду баробар кам гардида, базаи моддӣ низ коста гардид, вазифаи асабшиносии бачагона қариб аз байн бурда шуд. Соли 1995-ум профессор Олимов И.Ю. бо сабаби оилавӣ ба ш. Хучанд ба кор мегузарад ва бо сабаби набудани доктори илм аз соли 1996 то соли 2001 кафедраро дотсент Ҳошимов Р.А. роҳбарӣ намудаанд.

Аз солҳои 2001-ум ба роҳбарии кафедра тарбиягирандаи ҳамин кафедра, доктори илмҳои тиб, профессор, корманди шоистаи ҚТ Начмиддинова М.Н оғоз намуд, ки таҷрибаи бойи қорӣ ва барқарор гаштани Ҳукумати қонунӣ ба ӯ имкон доданд қорҳои тадқиқотии илмии асабшиносӣ ва илмӣ-педагогиро ба роҳ монда, қорро дар кафедра фаъол гардонад.

Аз сентябри соли 2007-ум роҳбарии кафедра ба зиммаи олими ҷавон, доктори илмҳои тиб, профессор Раҳматулло Азизович Раҳмонов вогузор гардид.

Асарҳои илмӣ ӯ аз қабилӣ «Нигоҳи навин ба асосҳои клиникӣ -ирсии бемории касолати мушакфарбеҳии қозибӣ Дюшенн аз нигоҳи хучайравӣ» (Душанбе-2001-ум) ва «Ларзиши эссенциалӣ» (Душанбе 2007-ум) паҳлӯҳои илмӣ ин мавзӯро дар бар гирифта на танҳо аз тарафи олимони асабшиносии тоҷик балки аз тарафи асабшиносони Руссия ба хубӣ пазируфта шуданд.

Дар кафедра тахти сарварии шодравон профессор Р.А. Раҳмонов раванди қорҳои илмию педагогӣ давом ёфта 5 аспиранти ҷавон М.Т. Ғаниева, Ф.А. Хоҷаев, В. Савелев, Т.В. Мадаминава, М.О. Исрофилов ва М.Б. Исоева дар мавзӯҳои гуногун рисолаи номзадӣ омода намуда, онро дифоъ намудаанд. М.Т. Ғаниева оиди мавзӯи «Вайроншавии узвҳои дохилӣ ва системаи асаб ҳангоми бемории триходесмотоксикоз» қори илмӣ-тадқиқотӣ бурда, рисолаи номзадӣ дифоъ кардааст. Оиди ин мавзӯ сафарҳои экспедитсионӣ ба ноҳияҳои вилояти Хатлон ва ноҳияи Ҳисор гузаронида шуда мақолаҳо, тавсияҳои методӣ ва монографияҳо аз ҷоп баромадааст. Тахти сарпарастии бевоситаи Р.А.Раҳмонов Ҷамъияти асабпизишкони Ҷумҳурии Тоҷикистон «Нейрон» дар асоси қорҷӯбаи қонунҳои амалкунанда ташкил гардид, ки дар он имрӯзҳо тамоми дустурони асабшиносии ҷумҳуриамон муттаҳид гаштанд.

Дар ҳамқорӣ бо Маркази илмӣ асабшиносии Академияи илмҳои тиббии Руссия баъзе структураҳои молекулярӣ бемориҳои ирсии асаби-мушакӣ дар популятсияи тоҷик омӯхта шудааст, ки дар ин самт ҳамқорӣ то ҳол давом дорад. Қайд қардан лозим аст, ки ассистенти кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино Мадаминава Таҳмина Ворисовна рисолаи номзадӣ хешро дар мавзӯи «Ҷанбаҳои клиникӣ-эпидемиологии бемориҳои ирсии системаи асаб дар Ҷумҳурии Тоҷикистон (дар мисоли ноҳияи Ҳисор)» ҳимоя намудааст ва айнан дар ҳамин Маркази илмӣ таҳлили молекулярӣ-генетикии баъзе бемориҳои ирсии силсилаи асабро гузаронидааст. Ҳамзамон қурси тақмили ихтисосро дар даргоҳи Маркази мазкур гузаштааст.

Таҷҳизонидани ҳучраҳои дарсӣ бо компютерҳо, истифода аз шабакаи «Интернет» таъмири босифати ҳучраҳои дарсӣ ва толорҳо, барқарор намудани номи аввалаи кафедра дар Шурои олимони, ташкили китобхонаи «Асабшиносӣ» аз маромҳои асосии Р.А.Раҳмонов дар кафедра ба ҳисоб меравад. Таъсиси асарҳои илмӣ бо забони давлатӣ, сохтани барномаҳои дарсӣ бо ин забон дар мадди назари ӯ қарор дорад, ки ба ҷоп расидани китоби дарсии «Асабшиносӣ» тасдиқи гуфтаҳои болост. Бо ташаббуси шодравон Раҳматулло Азизович ва бо дастгирии роҳбарияти ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар якҷоягӣ бо Ҷамъияти Асабшиносон «Нейрон» ва бо иштироки олимони хориҷӣ аз Руссия, Украина, Белорусия, Қазоқистон, Гурҷистон, Арманистон ва Қирғизистон баргузор гардида буд, ки масъалаҳои мубрам ва муосири соҳаи асабшиносӣ мавриди баҳс ва баррасӣ қарор гирифта буд. Моҳи майи соли 2017 бо ташаббуси шодравон Р.А. Раҳмонов ва бо дастгирии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон дар ш. Душанбе Анҷумани асабшиносони Ҷумҳурии Тоҷикистон баргузор гардид, ки тӯли 2-рӯз давом карда, дар он қормандони кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва олимони хориҷӣ ширкат варзида, маърузаҳо оиди масъалаҳои мубрами асабшиносӣ, инноватсия ва дурнамои рушди ин соҳа баррасӣ карда шуд.

Яке аз масъалаҳои ҷиддӣ ва мубрами тамоми ҷаҳон, аз он ҷумла Тоҷикистон, ин масъалаи бемориҳои рағҳои хунгарди мағзи сар мебошад, ки масъалаҳои профилактикаи аввалия ва дуввуминзина, расонидани кӯмаки таъҷилӣ ва ташҳиси тафриқавӣ, муайян намудани ташҳис ва интиҳоби дурусти муолиҷаро дар бар мегирад.

Бемориҳои мағзиву рағӣ ба иктисодиёти давлат зарари қалон мерасонад (харочоти табобат, барқарорсозӣ ва мутобиқатии иҷтимоӣ). Чунки дар баъзе аз ашҳосон сактаҳои мағзӣ дар айёми фаъолияти эҷодии баланд ва қудрати касбӣ ба амал меояд. Аз ин лиҳоз, бемориҳои мағзиву рағӣ на танҳо масъалаи актуалии тиббӣ, инчунин проблемаи иҷтимоӣ низ мебошад. Яке аз омилҳои хатари сар задани сактаҳо ин бемории фишорбаландии ирсӣ мебошад, ки бо сактаҳо ориза мешаванд. Оиди ин масъалаи мубрами риштаи асабшиносӣ аспиранти кафедра Қосимова Д.У. қори тадқиқотии илмӣ бурда истодааст, ки дар рӯзҳои наздик оиди ин мавзӯ рисолаи номзадӣ дифоъ карда мешавад. Инчунин бо ташаббуси Сармутахассиси ВТ ва ҲИА ҚТ, мудири кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино шодравон Р.А. Раҳмонов ва қормандони кафедра моҳи марти соли 2016 дар ш. Турсунзода семинари минтақавӣ доир ба мавзӯи «Хусусиятҳои паҳншавии бемориҳои мағзиву рағӣ ва бемориҳои ирсии силсилаи асаб» гузаронда шуд. Ҳамзамон дар ин ноҳия экспедитсияи тадқиқотӣ оиди паҳншавии бемориҳои ирсӣ дар популятсияи ин

ноҳия гузаронида шуд, ки кормандони кафедра дар ҳамчоягӣ бо мутахассисони асабшиносии ш. Турсунзода гардиши хонахоро амалӣ намуда, натиҷаҳои онро мавриди таҳлилу омӯзиш қарор доданд. Дар ин самт инчунин ассистенти кафедра М.О. Исрофилов оиди мавзӯи «Нишонаҳои клиникӣ-биохимиявии вайроншавии шади гардиши хун дар мағзи сар» рисолаи номзадӣ дифоъ намудааст, ки дар кори илмӣ-тадқиқотии хеш ӯ таҳлили биохимиявии кининҳо ва оксидшавии чарбҳо дар беморони сактаҳои мағзӣ муайян карда ба раванди табобат ворид кардааст. Ҳамчунин аз тарафи дигар илмомӯзи кафедра М.Б. Исоева оиди мавзӯи «Паҳншавии омилҳои хатари сактаи майнаи сар дар аҳолии қобили меҳнатии ш.Душанбе» кори илмӣ-тадқиқотӣ бурда шуда рисолаи номзадӣ дифоъ гардид, ки ба пешгирии аввалиндараҷа ва дуюмдараҷаи сактаҳо равона карда шуда, аҳамияти таҷрибавии муҳимро доро мебошад. Ба раванди табобати оиди ин масоил рискометри сактаҳо воридоти илмӣ карда шуд.

Қайд кардан зарур аст, ки яке аз самтҳои афзалиятноки соҳаи тандурустӣ ин кӯмаки тиббии санитарии саривақтӣ ба аҳолии мебошад. Аз ин лиҳоз барои омӯзиши ҳолати кӯмаки асабшиносӣ дар саросари Ҷумҳурии Тоҷикистон бо фармони ВТ ва ҲИА ҚТ аз тарафи Сармутахассиси ВТ ва ҲИА ҚТ ва кормандони кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба шахру ноҳияҳои Ҷумҳурии сафарбар карда мешаванд. Аз натиҷаи нишондодҳо муайян шуд, ки ҳолати кӯмаки асабшиносӣ назар ба солҳои пешина беҳтар ва аз ҷиҳати сифати хизматрасонӣ хубтар шудааст. Гарчанде проблемаи норасоии кадрҳо ҳанӯз дар баъзе аз ноҳияҳои кишвар вучуд дошта бошад, ҳам лекин дар бисёре аз минтақаҳои ин масъала роҳи ҳалли хешро ёфтааст. Барои баланд бардоштани савияи дониши мутахассисони риштаи асабшиносӣ, ординаторону интернаҳо, мутахассисони самтҳои дигари соҳаи тандурустӣ бо дастгирии ВТ ва ҲИА ҚТ бо ташаббуси Сармутахассиси ВТ ва ҲИА ҚТ, собиқ мудири кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, д.и.т., профессор шодравон Р.А.Раҳмонов ва Ҷамъияти асабшиносони ҚТ «Нейрон» оиди мавзӯҳои актуалии риштаи асабшиносӣ ба монанди вайроншавии шади хунгардиши мағзӣ, бемориҳои системаи асаби канорӣ, паҳншавии бемориҳои ирсии силсилаи асаб семинарҳои омӯзишӣ гузаронида шудааст, ки дар он олимони шинохтаи АИТ ФР д.и.т., профессор Скоромец А.А. ва д.и.т., профессор Супонева Н.А. ширкат варзиданд ва бо маърузаҳои илмӣ хеш ба иштирокчиёни семинар усулҳои муосири ташхису табобати бемориҳои асабро баррасӣ намудаанд. Баъди ҷавби нобахангоми профессор Р.А. Раҳмонов аз сентябри соли 2018 роҳбарии кафедраро Ганиева Манижа Тимуровна ба ӯҳда гирифтанд. Имрӯзҳо дар кафедра муаллимони ҷавон н.и.т. Мадаминаева Т.В., н.и.т. Исрофилов М.О., Асоев М.М., Исоқова М.Ҷ, Исоева М.Б., Точидинов Т.Б., Зуурбекова Д.П., Қосимова Д.У., Холматова Г.А., Ш.Р. Рабоева, Н.Н. Алифшоева фаъолна меҳнат карда истодаанд. Як қатори онҳо дар ҷустуҷӯи корҳои илмӣ мебошанд. Кормандони кафедра беш аз 1300 корҳои илмиро ба нашр расонида, илми тибби тоҷикро дар конференсияҳои байниҷумҳуриявӣ, умумиттаърифӣ, анҷуманҳои асабшиносону равошносон, инчунин дар конгрессҳои Аврупоӣ, Умумичаҳонӣ ва васоити ахбори умумӣ маҳаллӣ муаррифӣ менамоянд.

Мавзӯҳои илмӣ кафедра таъсис ёфта, бо назардошти талаботи замони оиди пешгирӣ, ташхис, табобат аз назари талаботи ва барномаҳои азнавсозии соҳаи тандурустии кишвар, корҳои зиёде ба анҷом расонида мешавад. Мавзӯи илмӣ кафедра, ки ба хусусиятҳои генетикии сактаҳо ва бемориҳои ирсӣ бахшида шудааст, дар ин самт бисёр ҷорабиниҳо ба анҷом расонида шудааст, аз ҷумла, корҳои илмӣ-тадқиқотӣ, аз ҷоп баромадани мақолаҳо, омода кардани тавсияҳои методӣ, баромади кормандони кафедра тариқи телевизион ва радио. Дар ин самт рӯзҳои 15-17 март соли 2019 дар кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо ташаббуси Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат Президенти кишварамон мӯхтарам Эмомалӣ Раҳмон ва бо дастгирии ректори ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино д.и.т., профессор Гулзода М.Қ. ва раёсати донишгоҳи мазкур семинари омӯзишӣ оиди мавзӯи «Пешгирии оқибатҳои никоҳи хешу табории наздик» ва рӯзҳои муоинаи беморони мубталои бемориҳои ирсӣ баргузор гардид. Дар семинари мазкур аз Лондон олимони тадқиқотчи аз Пажӯҳишгоҳи асабшиносии Коллеҷи Донишгоҳии Лондон профессор Генри Холдена ва тадқиқотчи-асабшинос Рауан Кайыржанов ширкат варзиданд. Пеш аз баргузории семинари мазкур дар толори раёсати донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон аз тарафи раёсати донишгоҳ ва кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббӣ бо Пажӯҳишгоҳи асабшиносии Коллеҷи Донишгоҳии Лондон, ки намояндагии онро профессор Генри Холден ва тадқиқотчи асабшинос Рауан Кайыржанов муаррифӣ намуданд, созишномаи ҳамкорӣ ба имзо расид. Мақсади асосии созишнома мустаҳкам кардани ҳамкориҳои тарафҳо дар лоиҳаи клиникӣ, илмӣ ва маориф мебошад. Соҳаи асосие, ки дар созишнома дарҷ шудааст, риштаи асабшиносӣ ва нейрогенетика мебошад. Тарафҳо дар асоси фаъолияти ҳамчоя роҳҳои амалигардонии лоиҳаҳо ва иҷрокунадагони фаъолияти лоиҳаҳо муайян мекунад. Дар рӯзи дуюм ва сеюми вохӯрӣ мутахассисон дар якҷоягӣ бо кормандони кафедраи мазкур зиёда аз 120 нафар беморонро бо бемориҳои ирсии системаи асаб, ки аз никоҳи наздики хешу таборӣ тавлид ёфтаанд, муоина намуда барои таҳлили молекулярӣ-генетикӣ аз беморон хун гирифтанд. Солҳои охир теъдоди беморони ирсӣ дар ҳудуди Тоҷикистон зиёд шудааст, ки ба афзуншавии никоҳи хешу табории наздик вобастагӣ дорад. Аз ин лиҳоз бо ташаббуси Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат Президенти кишварамон мӯхтарам Эмомалӣ Раҳмон қонуни барҳам додани никоҳи хешу табории наздик қабул карда шуд, ки барои кам шудани басомади бемориҳои ирсӣ дар популятсияи Тоҷикистон мусоидат мекунад. Қайд кардан зарур аст, ки чунин семинари омӯзишӣ санаи 5 сентябри соли 2019 дар шаҳри Хӯҷанди вилояти Суғд низ баргузор гардид, ки дар он кормандони кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббӣ, олимони англис ва аъзоёни Ҷамъияти асабшиносон «Нейрон» дар вилояти Суғд ширкат варзиданд, ва аз тарафи олимони хориҷӣ ва кормандони кафедраи асабшиносӣ ва асосҳои ирсияти тиббии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино муоинаи беморони мубталои бемориҳои ирсии системаи асаб аз оилаҳои бо издивоҷи хунӣ наздик дар ш.Хӯҷанд ва ш. Конибодом гузаронида шуд.

Хулоса. Мавриди зикр аст, ки ҳарчанд кормандони кафедраи мазкурро аксарият ҷавонон ташкил мекунад, лекин кӯшиш ба ҳарч меҳанд, ки тамоми дастури фармонҳои раёсати донишгоҳро, Вазорати

маориф ва илм, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистонро бо саъю кӯшиш ва саривақт иҷро намоянд. Инчунин корҳои илмӣ-тадқиқотӣ бурда, дар раванди корҳои таъбабатӣ усулҳои нави таъбабат ва тадқиқотро бо истифода аз технологияҳои инноватсионӣ ба роҳ монда, барои омода кардани кадрҳои ҷавони маълумотнок саҳми худро гузошта ба халқу миллат ва Модар-Ватан хизмати шоиста намоянд.

КАФЕДРАИ ҶАРРОҲИИ АСАБ ВА САДАМАҲОИ ОМЕХТА
МДТ “ДДТТ БА НОМИ АБЎАЛӢ ИБНИ СИНО”
Бердиев Р.Н., Бобоҷонов М.Н., Турдӣбоев Ш.А., Раҳмонов Х.Ҷ.

Соли 1955 дар ҳайати кафедраи ҷарроҳии факултативии МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино” бо роҳбарии табиби Хизматнишондодаи ҷумҳурӣ д.и.т., профессор З.П. Ходжаев а-ввалин маротиба дар Тоҷикистон 15 кати ҷарроҳии асаб ба фаъолият шурӯъ кард. Ба ин кор З. П. Ходжаев коркунони тиб: И.И.Липатсев, М.К.Максумова, С.Г. Попалдунова, Л.Б.Сергеев, И.Е.Дедунов, И.Ю.Данский, Р.Н.Нарзуллоев, А.В.Воҳидов, Р.М.Муродов, С.Д.Шамсиевро ҷалб кард. Тайёр кардани кадрҳо дар донишгоҳи илмӣ- тадқиқотии ҷарроҳии асаб, шаҳрҳои Москва, Ленинград, Киев гузаронида мешуд. Бо гузаштани айём хизмати ҷарроҳии системаи асаб ба дастовардҳо ноил гардид. Дар аввал, дар шаҳри Душанбе соли 1968 дар ҳайати БҶК ба номи А.М.Дяков баъдан дар шаҳри Хучанд (Ленинобод) (1973) дар клиникаи беморхонаи шаҳрӣ ба ҳаҷми 40 кат. Бохтар (Кӯргонтепа) (1995) дар ҳайати беморхонаи шаҳри 30 кат ва дар шаҳри Кулоб (1995) бо ҳаҷми 20 кат шӯъбаҳои махсусгардонидани амалиёти ҷарроҳии асаб кушода шуданд. Ҳамчунин дар ҳайати шӯъбаҳои ҷарроҳии умумӣ ва шикастабандии бемориҳои ноҳиявии ноҳияҳои Панҷакент, Истаравшан, Б. Гафуров, Исфара, Нов, Ҳисор, Ашт, Турсунзода, Ёвон, Ваҳдат, Норақ ва Рашт аз 7 то бист катҳои ба амалиётҳои ҷарроҳии асаб вобаста шуда, кушода шуда фаъолият доранд.

Соли 1976 дар заминаи шӯъбаи ҷарроҳии асаби БҶК ба номи А.Н.Дяков бо роҳбарии дотсент И.И. Липатсев курси мустақили ҷарроҳии асаб ташкил карда шуд, ки он маркази корҳои ташкили – методӣ буда, ёрӣ ва маслиҳатҳои таъбабатии баландиҳтисоси махсус мерасонад. Асоси ҷарроҳии асаб соли 1986 дар ҳайати БҶК ба номи А.Н.Дяков аз ҳисоби кушода шудани шӯъбаи қудаконаи ҷарроҳии асаб ба ҳаҷми 30 кат васеъ карда шуд. Курси ҷарроҳи асаб таҳти роҳбарии дотсент Липатсев И.И. то соли 2000 фаъолият дошт.

Аз соли 2000 то 2012 мудири кафедраи ҷарроҳи асаб доктори илмҳои тиб, профессор А.Чобулов буд.

Аз соли 2012 то ҳол кафедраи ҷарроҳи асаб таҳти роҳбари доктори илмҳои тиб профессор Р.Н.Бердиев фаъолият мекунад. Дар соли 2003 курси ҷарроҳии асаб номи кафедраи ҷарроҳи асаби ДДТТ ба номи Абуали ибни Синоро гирифт.

Дар асоси қарори Шурои олимони Донишгоҳ аз санаи 28.01. соли 2016, №6 бо назардошти тағйиру иловаҳо ба нақша ва барномаҳои таълимӣ, кафедраи «Ҷарроҳи асаб» кафедраи «Ҷарроҳи асаб ва садамаҳои омехта» номида шуд.

Дар айни замон кафедраи доктори илмҳои тиб, профессор Бердиев Р.Н роҳбарӣ менамояд. Дар кафедраи ҷарроҳии асаб 2-доктори илми тиб (Бердиев Р.Н., Ашуров Р.Г.) 5- номзади илми тиб (М.Н. Бобоҷонов., Х.Дж. Раҳмонов., Э.С.Хусаинов, Ш.А. Турдӣбоев, И. Хабибов) ва ассистент Р. Садиев қору фаъолият дорад.

Фаолияти корҳои таълимӣ

Кафедраи ҷарроҳии асаб ва садамаҳои омехта дар биноҳои 5, 8-уми Маркази Миллии Тиббии ҶТ “Шаҳраки Шифобахш” ва дар бинои 5-6 Маҷмааи Истиқлол ҷой гирифтаанд. Кафедра дорои 8 хуҷраи дарсӣ буда, бо таҷҳизоти таълимӣ пурра таъмин мебошад.

Мақсад ва вазифаҳои асосии фанни ҷарроҳии асаб-омӯзиши усулҳои муоинаи комплекси беморони гирифтори амрзи ҷарроҳии асаб, аз худ кардани клиника, ташхис, ташхиси тафриқӣ ва таъбабати беморони гирифтори осебҳои системаи марказии асаб (СМА), остеохондроз, модарзодии СМА, омози майна ва бемориҳои садамаи омехта.

Кафедра фаъолияти худро дар асоси Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи маориф», Қонуни Ҷумҳурии Тоҷикистон «Дар бораи таҳсилоти олии касбӣ ва таҳсилоти касбии баъд аз муассисаи олии таълимӣ», «Низомномаи намунавӣ оид ба муассисаи таълимии таҳсилоти олии касбии Ҷумҳурии Тоҷикистон», «Низомномаи кафедраи муассисаи таҳсилоти олии касбии Ҷумҳурии Тоҷикистон», «Ойинномаи» Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино, дигар санадҳои меъёрию ҳуқуқии соҳаи маориф, Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон ва Низомномаи кафедра ба роҳ мондааст. Дар кафедра курси 5-ум факултаи тиббӣ ва ординаторҳои клиникӣ таълим мегиранд. Барои ҳамаи донишҷӯёни курси 5-ум факултети тиббӣ машғулиятҳои амалӣ ва лексионӣ бо се забон – тоҷикӣ, русӣ ва англисӣ гузаронида мешавад. Ба ғайр аз онҳо дар кафедра бо ординаторони клиникӣ дигар кафедраҳо: ҷарроҳон, офталмологҳо, ҷарроҳии қудакон, гушу гӯлӯ, бинӣ, осебшиносҳо ва асабшиносҳо машғулиятҳо гузаронида шудаанд. Дар кафедра аз соли 1976 то 2019 зиёда аз 500 духтур касб омузиши аввалинро вобаста ба ҷарроҳии асаб гирифта, айни замон дар беморхонаҳои ноҳиявии ва вилояти қор қарда истодад.

Машғулиятҳои амалӣ дар дарсхонаҳо бо усулҳои пурсиши шифоҳӣ ва ҳалли масъалаҳои вазъиятӣ, инчунин бо муоинаи беморон дар назди бемор гузаронида мешаванд. Бо мақсади мустаҳкам намудани дониши омӯзгорони кафедра ва баҳри баланд бардоштани сифати таълим - омӯзгорони кафедра маҳорати

касбии худро аз тариқи ҳаргуна семинарҳои, ки аз тарафи ВТ ҲИА ҚТ ва Раёсати ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ташкил мешуданд, баланд менамуданд. Аз ҷумла, омӯзгорони кафедра дар Маркази тақмили ихтисос ва бозомӯзии касбӣ дар ин давраи ҳисоботи гузаштанд ва соҳиби гувоҳнома шуданд. Ҳамчунин дар кафедра барои пеш бурдани корҳои таълимию методӣ иштироки байниҳамдигарии омӯзгорон мунтазам гузаронида шуда, аз ҷониби устодони ботаҷриба дарсҳои кушод ба роҳ монда шудааст.

Аз Паёми Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ба Маҷлиси олии Ҷумҳурии Тоҷикистон ба ҳамагон маълум аст, ки баланд бардоштани сифати таълиму тарбия, яке аз ҳадафҳои асосии сиёсати Ҳукумати кишвар, махсусан сиёсати Асосгузори сулҳу ваҳдати миллӣ, Пешвои Миллат, Президентии Ҷумҳурии Тоҷикистон муҳтарам Эмомалӣ Раҳмон ва Раёсати донишгоҳ ба шумор меравад ва ин иқдом аз ҷониби кормандони кафедраи ҷарроҳии асаб ва садамаҳои омехта яқдилона ҷонибдорӣ ва дастгирӣ карда мешавад.

Дар 5 соли охир устодони кафедра оид ба ҷарроҳии асаб ва садамаҳои омехта 7 дастурамали методӣ, 3 китоби дарсӣ ва 4 дастурамал, ки аз тарафи Вазорати тандурустӣ тасдиқ шудаанд, аз ҷоп бароварданд.

Коркунони кафедра оид ба масъалаҳои ақтуалӣ ҷарроҳии асаб дар санаи 3 апрели с 2015 семинари илмӣ-амалӣ бо иштироки байналмилалӣ гузарониданд.

Корҳои илмию-таҳқиқотии кафедра

Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки 93% ҳудудашро қуҳро ташкил дода ва қисми зиёди аҳоли дар баландии зиёда аз 2000м аз сатҳи баҳр зиндаги мекунанд. Вобаста ба ин омехтани асосҳои ақсуламали организм дар ҳолатҳои патологӣ, алалхусус садамаи вазнини косахона ва мағзи сар дар ҳолатҳои мураккаб ва носозгор барои организм дар шароитҳои гипоксия хусусиятҳои амалӣ ва назариявиро доро мебошад.

З.П. Ходжаев дар қори рисолаи доктори дар мавзӯи «Хусусиятҳои равиши садамаи шадиди пушидаи садамаи косахона ва мағзи сарро дар шароити баландкӯҳ» (1970) омехта ва санҷида шудааст.

И. И. Липатцев дар соли 1970 омӯзиши тарафҳои мубодилаи обию минералиро дар ҳолати садамаи шадиди косахона ва мағзи сар дар шароити баландкӯҳ дар рисолаи номзадӣ худ қарор дода ва онро бо муваффақият ҳимоя кард. Маълумотҳои ба даст овардашуда дар бораи он шаҳодат медиҳад, ки дар шароити баландкӯҳ давраи адаптатсия бо таъғиротҳои обию минерали мегузаранд.

Натиҷаҳои илмию тадқиқотии рисолаи Л.Б. Сергеев дар мавзӯи «Сихатҳои иллатии пардаҳои майна баъди пластикаи кабат-кабати бофтаҳои мулоими сар бо доруи гидрокортизон» яке аз корҳои муҳим дар амалияи ҷарроҳии асаб дар Тоҷикистон мебошад.

Аз соли 1982 то соли 2019 дар бораи проблемаҳои муҳими тиб рисолаҳои номзоди аз тарафи Р.М. Муродов (1985), О.С. Содиков (1985), А.Чобулов (1990), М.Н. Бобочонов (1994), ва Р.Н. Бердиев (2001), Р.Г. Ашӯров (2007), Х.Дж. Раҳмонов (2009), Э.С. Хусайнов(2011), Ш.А. Турдӣбоев(2015), Р.Р. Муродов(2015), Х.Х. Мирзоев(2018), З.З. Хоҷаев(2019с), И.М. Хабибов(И.М.) иҷро карда шудаанд.

Рисолаи доктории мудири кафедра (2004 ш. Душанбе). А. Чобулов дар асоси таҳлили 184 қабридагон, ки аз яроқи оташфишон захми косахонаи сар дар шароити муноқишаҳои ҳарбии мавқеи дар Тоҷикистон бахшида шудааст. Дар рисолаи усулҳои ташхисии баландитилооти томографияи компютери, барқарории намудҳои вазнини ярадоршавӣ ва принципҳои асосӣ табобати ин беморон дарҷ карда шудааст.

Рисолаи доктории Р.Н. Бердиев (2007) ш. Санкт-Петербург бо ташхиси клиникӣ анатомии бемориҳои садамаи вазнини косахона ва мағзи сар дар бар мегирад. Дар рисола усулҳои навӣ ҳозиразамони ташхис, принципҳои ҷарроҳӣ бемориҳои осеби вазнини мағзи сар дарҷ ёфтааст.

Рисолаи докториро Р.Г. Ашӯров (2018, ш. Минск) дар мавзӯи “Глиальные опухоли головного мозга (эпидемиология, диагностика, этапное хирургическое и послеоперационное лечение) химоя намуд.

Аз соли 2016 аз тарафи коркунони кафедра қори илми-тадқиқотии нав дар мавзӯи “Эхинококкози майнаи сар” (Усулҳои ташхису табобати ҳозиразамон) пешниҳод карда шуд. Дар айни ҳол доцент М.Н. Бобочонов дар мавзӯи «Ташхис ва табобати эхинококкози мағзи сар» рисолаи докториро иҷро карда истодааст. Ҳоло дар кафедра 2 аспирант, 5 унвонҷӯ-Саъдиев Р.З., Хоҷаназаров Ф.Г., Шоев С.Н., Исмоилов Қ.А., Ризоев И.М. корҳои илмию тадқиқотии худро давом дода истодаанд. Инчунин докторант дотсент Раҳмонов Х.Ҷ. дар мавзӯи “Хусусиятҳои табобати ҷарроҳии чурраи байнимухрагии дар шароити ҚТ” қори илмӣ бурда истодааст. Ҳамаи онҳо мавзӯи рисолаҳои номзодии худро дар комиссияи проблемави ва Шӯрои олимони факултавии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино тасдиқ кардаанд.

Устодони кафедра дар семинари илмӣ минтақавӣ дар шаҳри Москва, Санкт-Петербург, Остона, Бишкек, Вена, Истамбул, Боҳоро, Тошкент, Қарағанда оид ба масъалаҳои табобати бемориҳои ҷарроҳии асаб бо маърузаҳо баромад кардаанд.

Корҳои муолиҷавӣ

Дар ҷумҳури ҳама усулҳои ҳозиразамони ташхис ва табобати бемориҳои системаи асаб ба роҳ монда шудааст, аз ҷумла усулҳои дақиқи ҳозиразамон, чун томографияи компютери (КТ), резонанси магнети (МРТ),. Ҳаммаи ҷарроҳҳои системаи асаб (косахона ва мағзи сар, сутунмуҳра ва ҳароммағз) бо истифодаи микроскопи операционӣ (операционный микроскоп современного поколения “ OPMI VARIO ” асабҳои микроҷарроҳӣ ва усули эндоскопи гузаронида мешавад.

Ҳамасола дар кафедра 120-150 ҷарроҳӣ ососи мағзи сар 400-450 ҷарроҳии чурраи байни муҳраҳои остеохондрози сутунмуҳра, 30-40 бемориҳои гидросефалия ва ҷарроҳҳои модарзоди ҳароммағз ва дигарон гузаронида мешавад.

Кормандони кафедра дар корҳои табобатӣ ва машваратӣ, дар корҳои кафедра ва минтақаҳои гуногуни кишвар фаёлона иштирок мекунанд. Кормандони кафедра ҳангоми расонидани ёри тиббӣ ба осебдидагон дар ҳамаи ҳолатҳои фавқулода иштироки фаёлона доштанд.

Дар кори шуъбаҳои пойгоҳи кафедра якҷанд усулҳои нав ворид карда шуданд. Дар натиҷаи истифода аз усулҳои муосири табобат нишондодҳои табобат дар шуъбаҳои пойгоҳи клиника хеле беҳтар шуданд. Ҳамаи кормандон дар шуъбаҳои беморхона беморонро аз рӯи нақшаи тасдиқшуда муоина карда, ба духтурон маслиҳат медиҳанд.

Кормандони кафедра дар кори «Корвони саломатӣ», ки аз тарафи Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳоли ташкил мешавад, дар вилояти Хатлон, Суғд ва НТҶ фаъолона иштирок мекунанд. Таҳти роҳбарии кормандони кафедра барои соҳаи тандурустии кишвар маводҳои зерин омода карда шудаанд: меъёрҳои ҳуқуқи оиди фаъолияти соҳаи ҷарроҳии асаб ва протоколҳои табобати беморон.

Дотсент Раҳмонов Х.Ҷ. ҳамзамон сармутахассиси ғайривоҳидии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон мебошад.

Корҳои тарбиявӣ

Кори тарбиявӣ қисми ҷудонашавандаи кори таълими мебошад. Якҷоя бо кормандони кафедра ва донишҷӯён бахшида ба рӯзи Истиқлолияти давлатии ҶТ ахбори сиёсӣ гузаронида шуд. Дар он дар бораи вазъи сиёсии ҶТ дар 28 соли охир ва пешрафтҳои иқтисодию иҷтимоии ҷумҳурӣ ба донишҷӯён маълумоти саҳеҳ дода мешавад. Ҳамчунин аҳамияти ҷамъияти тоҷиконро бо сардории Ҷаноби олий, Пешвои муаззами миллат, Президенти ҶТ Эмомали Раҳмон дар ҷаҳон муҳокима намуданд. Бахшида ба Рӯзи Конститутсияи ҶТ бо донишҷӯёни курси 5-ум ва ординатори клиникаи чорабиниҳои муфид гузаронида шуд. Дар ҷамъомад оиди қонуни асосии ҶТ, иҷро намудани қонунҳо, интизоми меҳнатӣ суҳанронӣ карданд.

Суҳанронии Президенти ҶТ Эмомали Раҳмон бахшида ба Рӯзи Конститутсия, масъулияти падару модар дар таълиму тарбияи фарзанд баррасӣ карда шуд.

Кормандони кафедраи ҷарроҳии асаб ва садамаҳои омехта оид ба сатҳи омодагӣ ва амалгардонии “Даҳсолаи байналмилалӣ амал **“Об барои рушди устувор”** солҳои 2018-2028 корҳои зеринро гузаронида истодааст.

Ҳамчунин оиди терроризм бо донишҷӯён устодони кафедра якҷанд бор сӯҳбатҳо гузаронида дар бораи зарари ин кори номатлуб ва баҳри пешгирии шомилшавии ҷавонон ба ин амалҳои номатлуб суҳанрони намудаанд.

Адабиёт:

1. Барномаи Милли «Профилактикаи осебгири баланд бардоштани ёрии тибби, оиди осебгири ва оқибатҳои он дар Ҷумҳурии Тоҷикистон с 2010-2015». - Душанбе, 2011. - 50 с.
2. Проблемаҳои актуали оиди клиникаи тибби чашнгири бахшида ба 40-солагии БКЧ ба номи А.М. Дьяков. – Душанбе, 2004. – С.45-49.
3. Жизнь и деятельность / С.И. Исхаков, И.И.Липатцев, А.А. Тюрчев, З.П. Ходжаев. - Душанбе: Ирфон, 1986. - 88с.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ ГИГИЕНЫ И ЭКОЛОГИИ

(посвящается 80-летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино)

Бабаев А.Б., Хасанов Ф.Дж., Одинаева Л.Э., Максудова З.Я.

Кафедра гигиены и экологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Социально-экономическое развитие общества во многом определяется уровнем здоровья населения. Экономика Таджикистана в настоящее время находится в состоянии выхода из всемирного кризиса, в результате которого народное хозяйство республики столкнулось с экономическими трудностями, которые негативно отразились на санитарно-демографической ситуации, уровне жизни и здоровье большинства населения страны. Это, в свою очередь, привело к появлению ряда медико-социальных проблем, которые диктуют необходимость расширения и углубления исследований различных аспектов формирования здоровья населения в системе социально-гигиенического мониторинга. Поэтому проблема сохранения и укрепления здоровья населения в условиях реформирования здравоохранения республики является актуальной. Сложность же ее связана с отрицательными тенденциями в динамике здоровья населения и медико-демографических процессов, которые характеризуются высоким уровнем как рождаемости, так и смертности. Кроме того, современный человек в условиях урбанизации проводит в замкнутых пространствах до 80-90% суточного времени. Пребывание в условиях урбанизации способствует воздействию на его организм комплекса химических, физических и биологических факторов окружающей среды различной интенсивности, поэтому их исследование так же является актуальным. Все это и многое другое способствовало организации в 1941 году кафедры «Общей гигиены и экологии» на базе ТГМИ им. Абуали ибни Сино.

Большая роль в развитии гигиенической науки и обучения студентов принадлежит кафедре общей гигиены и экологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

Кафедра была организована в 1941 году. Первым заведующим кафедрой стал профессор Федор Андреевич Баштан, который возглавлял кафедру с 27 сентября 1941 по 10 февраля 1946 года. Под руководством профессора Федора Андреевича Баштан сотрудниками кафедры выполнялись научные исследования по водоснабжению населенных пунктов Таджикистана, которое в тот период требовало хорошей организации или глубокой реконструкции.

С сентября 1946 года на должность заведующего кафедрой общей гигиены был избран кандидат медицинских наук, доцент Вольф Борухович Хазан. В период своей работы он значительно улучшил методику проведения практических занятий со студентами. Вольф Борухович Хазан сумел за короткий период развернуть большую научно-исследовательскую работу по изучению краевой патологии Таджикистана. Под его руководством проводи-

лось широкое и глубокое изучение распространенности зоба в республике и разработаны меры по его предупреждению.

С 25 августа 1948 по 11 марта 1956 года кафедру возглавлял кандидат медицинских наук Валентин Анатольевич Серебряков, который одновременно был директором Таджикского института эпидемиологии, микробиологии и санитарии, при котором сотрудники кафедры продолжили заниматься санитарно-гигиеническими и санитарно-эпидемиологическими проблемами водоснабжения населения Республики Таджикистан.

С 1956 по 1968гг. заведовала кафедрой, кандидат медицинских наук, Софья Самойловна Динкелис. В 1966 году защитила докторскую диссертацию на тему: «Радиационный фактор на полиметаллических рудниках Таджикистана и его значение в развитии профессионального пневмосклероза». Доктор С.С. Динкелис опубликовала более 16 работ и 2 популярные статьи, касающиеся важных вопросов промышленной гигиены.

С 1968 года кафедрой руководила кандидат медицинских наук, доцент Наталья Владимировна Кузнецова, работавшая ассистентом кафедры с 1950г. Н.В. Кузнецова защитила кандидатскую диссертацию по теме: «Сезонная динамика содержания аскорбиновой кислоты в растительных продуктах и коровьем молоке южного Таджикистана» и опубликовала свыше 24 научных работ, из них 7 журнальных статей.

С 1973 по 1987 годы кафедрой заведовал Ахмед Маматович Юсупов. Под его руководством проводилась большая педагогическая и научная работа, посвященная проблемам регламентации применения пестицидов в условиях высокогорья. Юсупов А.М. в 1983 г. защитил докторскую диссертацию по теме: «Гигиеническое регламентирование в условиях сочетанного действия пестицидов и гипоксии». По результатам научных исследований им разработаны и изданы методические рекомендации «О профилактике отравлений пестицидами при применении их в сельском хозяйстве горных районов», а также методическое письмо «О применении ядохимикатов в условиях высокогорья». Кроме того, на основании полученных материалов Комитетом по изучению регламентации ядохимикатов пересмотрен ДОК фосфамида в овощах, бахчевых, зерновых и зернобобовых культурах. По итогам исследований сотрудниками кафедры опубликовано более 100 научных работ в центральных и республиканских изданиях.

Кроме того, А.М. Юсупов был членом правления Всесоюзного общества гигиенистов и санитарных врачей, членом редакционного Совета журнала «Гигиена и санитария» и членом Всесоюзной проблемной комиссии по гигиене детей и подростков.

В 1987 году заведующим кафедрой был избран доктор медицинских наук, профессор Абдунаим Бабаевич Бабаев, который руководил до 2015 года. С приходом на кафедру профессора А.Б. Бабаева было положено начало создания Таджикской школы гигиенистов и кафедра, по существу, стала основной базой по подготовке высококвалифицированных учебно-педагогических и научно-практических кадров по гигиеническому профилю.

В связи с острой нехваткой в республике санитарных врачей и эпидемиологов на базе ТГМУ им. Абуали ибни Сино был организован медико-профилактический факультет (МПФ). И в 1996 году первым деканом МПФ стал д.м.н., профессор А.Б. Бабаев.

За короткий период профессор А.Б. Бабаев сумел развернуть большую научно-исследовательскую работу по изучению условий труда работников, занятых в различных отраслях народного хозяйства. Под руководством профессора А.Б. Бабаева защищены 3 докторские и более 30 кандидатских диссертаций. Профессором Бабаевым А.Б. опубликовано около 480 научно- методических рекомендаций, статей и тезисов в центральных и региональных изданиях Таджикистана и за рубежом.

В 1997 году на базе ТГМУ им. Абуали ибни Сино был создан диссертационный совет по специальности «Гигиена, эпидемиология и общественное здравоохранение», длительное время председателем которого был профессор Бабаев Абдунаим Бабаевич.

За период своей работы руководителем кафедры он значительно улучшил методику проведения лабораторно-практических занятий со студентами. Профессором А.Б. Бабаевым написаны 4 учебника «Гигиена» (Бехдошт, 1995), «Дастур барои гузаронидани дарсҳои амали аз фанни бехдошти умуми» (1998), «Общая гигиена» (1998) и в соавторстве с сотрудниками кафедры - учебник «Общая гигиена» (2008).

Кроме того, более 30 лет профессор А.Б. Бабаев был членом редакционного совета всесоюзного журнала «Гигиена труда и профзаболеваний», а также членом редколлегии журналов «Здравоохранение Таджикистана» и «Вестник Авиценны». Он является академиком высшей школы и МАНЭБ.

За долгую, плодотворную службу на благо медицинского образования и развития здравоохранения РТ профессор А.Б. Бабаев поощрен званиями «Отличник здравоохранения» и «Отличник высшей школы», а также медалью «Шавкат».

В 2015 году заведующим кафедрой был избран к.м.н., доцент Хасанов Фарход Джавакович, который руководит кафедрой по настоящее время. Им выпущены совместно с другими учеными следующие научно-методические труды: учебник «Общая гигиена», «Сборник нормативно-правовых документов в сфере санитарно-эпидемиологической службы», учебник «Гигиенаи фармасевти» на государственном языке, монография «Гизои табобати» и учебное пособие «Общая гигиена», защитил диссертацию по теме: «Особенности условий труда работников современного кокономотального производства», опубликовал более 100 научных работ.

Сотрудниками кафедры являются: профессор Бабаев А.Б., доценты - к.м.н. Одинаева Лола Эркинджановна - защитила диссертацию по теме: «Особенности условий труда и состояние здоровья работников горно-транспортного комплекса ПО «Таджикцемент», опубликовала около 100 научных и учебно-методических работ, к.м.н. Максудова Зумрат Якубджановна защитила диссертацию по теме: «Гигиена труда бригад скорой помощи в условиях жаркого климата», опубликовала более 40 научных и учебно-методических работ; старший преподаватель, к.м.н. Норматова Сановбар Икромовна защитила диссертацию по теме: «Особенности условий труда работников фарфорового производства», опубликовала около 80 научных и учебно-методических работ, «Отличник образования». Асси-

стентами кафедры являются: к.м.н. Раджабов Р.М., Уралов З.Т., Хаётов Р.М., Тулохов А.Л., Курбанов С.Р., Джумаева М.И. и Нушервони Билол.

В разные годы сотрудниками кафедры являлись: д.м.н. Дабуров К.Н., д.м.н. Каюмов А.К., к.м.н. Ахмедова А.Р., к.м.н. Ниязмухамедова М.Б., к.м.н. Пиров Д.Д., к.м.н. Хайров Х.С., к.м.н. Мухаммадиева С.А., Дехканова Э.Ч., Фирстова С.Н., Новичкова Г.И., Параева И.И., Тен И.И., Сергеев Д.Ю., Сайфуллоев Дж.Н. и др.

В настоящее время на кафедре выполняются исследования по темам диссертационных работ докторанты PhD - Курбанов С.Р., Нушервони Билол, докторант - Юсупов З.Я. и соискатель - Ибрагимов И.У.

Главной задачей кафедры является обучение студентов 3-4-го курсов медицинского и педиатрического факультетов, 3-го курса стоматологического, фармацевтического факультетов и бакалавров 2-го курса. Здесь для них читаются лекции и проводятся практические занятия на государственном, русском и английском языках высококвалифицированным профессорско-преподавательским составом. Остепенность сотрудников кафедры составляет 50%.

Таким образом, кафедра гигиены и экологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино прошла долгий путь становления, на протяжении которого она сформировалась как самостоятельная дисциплина и стала структурно-функциональной единицей профилактической направленности медицинского ВУЗа и центром гигиенистов и санитарных врачей.

САҲМИ КАФЕДРАИ ЧАРРОХИИ УМУМИИ №1 ДАР ТАЙЁР НАМУДАНИ КАДРҲОИ ИЛМИЮ ПЕДАГОГӢ БАРОИ ДОНИШГОҶ

Саидов А.С., Боймуродов О.С., Салимов Ҷ.С., Муродова Ш.М.

Кафедраи чарроҳии умумии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. Тоҷикистон

Кафедраи чарроҳии умумии №1 моҳи майи соли 1941 бо роҳбарии профессор Г.П. Ковтунович ташкил шуда ва инак мудати 78 сол яке аз кафедраҳои намоёни донишгоҳ ба роҳи тайёр намудани кадрҳои илмию педагогӣ саҳми арзандаи худро гузошта истодааст. Ин кафедра аввалин кафедраи клиникӣи донишгоҳ буда ва солҳои аввали ташкили донишгоҳ дар ин кафедра ба донишҷӯён фанҳои гуногуни чарроҳӣ омузонидани мешуд ва ҳамаи намудҳои чарроҳии муракаб гузаронида мешуд. Баъдан дар пойгоҳи ин кафедра дигар кафедраҳои самти чарроҳии (чарроҳии кудакон, травматология, гинекология, урология ва ғайра) таъсис ёфтанд. Профессор Г.П. Ковтунович шахсе буд, ки аввалин бор дар Иттифоқи Шӯравӣ, дар шаҳри Душанбе чарроҳии «Лоботомия»-ро дар мавриди бемории шизофрениа гузаронидааст. Роҳбарии минбаъдаи кафедра профессорон Н.Ф. Берёзкин, Л.З. Франк-Каменетский, З.Х. Икромов ва дотсент З.П. Ходжаев ба зима дошанд. Бояд қайд кард, ки З.Х. Икромов ва дотсент З.П. Ходжаев аввалин кадрҳои маҳалии чарроҳ буданд, ки мудирони кафедра таъин шуданд. Аз соли соли 1959 то соли 1981 роҳбарии кафедра академик К.Т. Тоҷиев ба уҳда дошт. Пойгоҳи илмӣ-педагогӣи кафедра беморхонаи клиникӣи шаҳрии №5, баъдан Маркази ҷумҳуриявӣи чарроҳии дилу рағҳои хунгард интихоб шуд. Дар ин давра самти тадқиқоти илмӣи кафедра чарроҳии дил ва сандуқи сина буд ва худи академик К.Т. Тоҷиев асосгузори чарроҳии дил дар ҷумҳурӣ мешод. Дар ин давра дар кафедра омӯзгорон ва чарроҳони балондихтисос ба монанди Ю.И. Датхаев, Н.У. Усмонов, С.И., Раҳимов ва М.К. Муродов кор мекарданд ва баъдан ҳамаи онҳо рисолаи докториро ҳимоя намуда соҳиби унвони профессорӣ гашта, мудирони кафедраҳои гуногуни чарроҳии донишгоҳ таъин шуданд (кафедраи чарроҳии факултативӣ, госпитали, анестезиология ва чарроҳии умумии факултети педиатрии). Худи академик К.Т. Тоҷиев солҳои тулонӣ вазифаи ректории донишгоҳро ба уҳда дошт. Бо роҳбарии он кас ва ташабуси кормандони кафедра соли 1963 Анҷумани якуми чарроҳони ҷумҳурӣ ва соли 1967 Конфронси чарроҳони сандуқи синаи ҷумҳуриявӣи Осиеи Миёна ва Паҷуишгоҳи чарроҳии дил ва рағҳои хунгарди шаҳри Москва гузаронида шуд. Ба ғайр аз ин дар ин давра дар кафедра омӯзгорон А.А. Абдурахимов, Г.Ш., К.Б. Мамедов, Г.Ш. Солиев, Н.А. Магерамов, А.Мамедсултанов, А.П. Сухопарова, А.Н. Қаҳоров, М.К. Қодиров, М.К. Гарипов, В.Г. Турский, Ш.Б. Юсупова, Ш.Р. Ақоян, Б.М. Нурханов, С.И. Раҳимов ва Р. Б. Бекиев кор мекарданд, ки онҳо барои тайёр намудани омӯзгорони ҷавон ба роҳи кафедра ва раванди таълими донишҷӯён донишгоҳ саҳми арзандаи худро гузоштаанд. Аз ин ғуруҳ омӯзгорон С.И. Раҳимов, А.Н. Қаҳоров, Б.М. Нурхонов ва Ш.Ю. Юсупова баъдан рисолаи докториро ҳимоя намуда, мудирони кафедраи чарроҳии умумии №1 ва 2-юми донишгоҳ таъин шуданд.

Дар маҷмӯъ аз соли 1959 то соли 1981 бо роҳбарии академик К.Т. Тоҷиев дар кафедра ба роҳи донишгоҳ зиёда аз 21 кадрҳои илмию педагогӣ тайёр карда шуд.

Баъди вафоти академик К.Т. Тоҷиев профессор А.Н. Қаҳоров мудирони кафедра таъин шуда аз соли 1981 то соли 2005 дар ин вазифа фаъолият кард. Олими рус В.С. Костин профессори 2-юми кафедра таъин шуда буд. Дар ин давра пойгоҳи илмӣ таълимии кафедра шӯбаҳои чарроҳии 1-ум ва 2-уми БКШ №5 буда ва самти фаъолияти илмӣи кафедра омӯзиши бемориҳои чарроҳишавандаи узвҳои ҳозима, бемории ҷоғар ва бемориҳои колопроктологӣ буд. Профессор А.Н. Қаҳоров ба роҳи тайёр намудани мутахассисони соҳаи колопроктологӣ саъю кушиши хело зиёд кардааст. У асосгузори ва ташкикунандаи соҳаи колопроктология дар ҷумҳури мебошад. Бо ин мақсад ӯ як ғуруҳи чарроҳони ҷавонро ба шаҳри Маскав фирисод ва онҳо дар Маркази илмӣи колопроктологии Руссия тақмили ихтисос гузошта ба Ватан баргаштанд ва дар минтақаҳои гуногуни ҷумҳурӣ хизматрасонии тиббиро ба беморони колопроктологи ба роҳ монданд. Профессор А.Н. Қаҳоров ба кафедра як ғуруҳи чарроҳони ҷавон М.Қ. Гулов, К.М. Қурбанов, Н.М. Мадалиев, Н.Д. Муҳидинов, Ҷ.Қ. Муҳабатов, О.С. Боймуродов, И.В. Вознюк, О.О. Иброҳимов, Ш.Б. Полвонов, С.С., Сарбаев, А.С. Саидов, К.Н. Носиров, А.Ҷ. Файзуллоев, Г.Ҷ. Шамсиев, Б. Ҷумабоев ва Г.Ҷ. Ҳақимов ба кори омӯзгори ҷалб намуд. Ин ғуруҳи омӯзгорон дар қатори омӯзгорони таҷрибадори пешини кафедра фаъолият намуда, рисолаҳои илмӣи худро бо сарбаландона ҳимоя намуданд. Ба ғайр аз ин, дар ин давра ба роҳи тадқиқоти илмӣи чарроҳон аз минтақаҳо ҷалб шуда буданд. Зери роҳбарии профессор А.Н. Қаҳоров омӯзгорон Б.М. Нурхо-

нов., Ш. Ю Юсупова, М.К. Гулов, К.М. Курбонов, И.Н. Мадалиев, Н.Д. Мухидинов, ва Ш.Б. Полвонов рисолаи докториро химоя намуда баъдан ба вазифаи мудирони дигар кафедраҳои ҷарроҳии донишгоҳ таъин шуданд. Аз инҳо, профессор К.М. Курбонов якчанд сол вазифаи ректори донишгоҳро иҷро намуда, баъдан соҳиби унвони академики илмҳои тибб шуд. Дар айни замон профессор К.М. Курбонов дар соҳаи илми ҷарроҳӣ чун ситораи дурахшоне нурафшон аст. Профессори кафедра Гулзода М. Қ. айни замон вазифаи ректори донишгоҳро ба уҳда дорад. Профессор Н.Д. Мухиддинов шоистаи ҷои Исмоили Сомонӣ гашта, ректори Муассисаи давлатии тайёрии баъдидипломии кормандони тиб дар соҳаи тандурустӣ таъин гашт.

Профессор А.Н. Қаҳоров тошкилкунандаи аввалин конференси илми амалии колопроктологони Ҷумҳурии буда (с. 1988) бо таклифи у чаласаи комиссияи проблемавии Вазорати тандурустии онвақта Иттифоқи Шуравӣ бори аввал дар шаҳри Душанбе гузаронида шуд. Ғайр аз ин дар ин давра бо ташабуси профессор А. Н. Қаҳоров дар минтақаҳои гуногуни Ҷумҳурии конференсиҳои минтақавии ҷарроҳон гузаронида мешуд ва соли 1991 конференси илмӣ-амалии ҷарроҳони Роҳи Оқани Осӣи Миёна гузаронида шуд. Дар маҷмӯи зеро роҳбарии профессор А.Н. Қаҳоров кафедра барои донишгоҳ 21 кадрҳои илмию педагогӣ тайёр намуд.

Соли 2005 баъд аз ба нафақа рафтани профессор А.Н. Қаҳоров мудирони кафедра профессор А.Р. Достиев таъин шуд. Бо омадани он кас самти тадқиқотҳои илмии кафедра каме тағйир ёфт. Минбаъд дар кафедра барои ба роҳ мондани соҳаи нави ҷарроҳӣ – пайвандсозӣ дар Тоҷикистон мебошад. Баъдан бо ташабуси профессор А.Р. Достиев ва вакили Маҷлиси намояндагон Ҷ. Р. Сангинов қонун дар бораи пайванди узвҳо қабул шуд. Баъд аз қабул шудани қонун як гуруҳи кормандони ҷавони кафедра барои омӯзиши масъалаҳои трансплантология ба Паҷуҳишгоҳи илмӣ-тадқиқотии трансплантологияи шаҳри Маскав раван карда шуданд. Баъд аз бозгаштани онҳо соли 2009 бори аввал дар Ҷумҳурии кормандони кафедра М.К. Гулов, С.С. Исмоилов бо роҳбарӣ ва иштироки профессор А.Р. Достиев пайвади гурдари кафедраи ҷарроҳии умумӣ № 1 бо муваффақият гузарониданд. Соли 2009 бо қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Маркази илмӣ ҷумҳуриявии пайванди узвҳо (трансплантология) ташкил шуд ва профессор А.Р. Достиев директори ин марказ таъин шуд. Ин Марказ пойгоҳи дуҷуми кафедраи ҷарроҳии умумӣ интихоб шуда як қисми кормандони кафедра ба ин Марказ гузаштанд ва шароити таълим дар кафедра хело хуб шуд. Дар ин давра як қатор ҷарроҳони ҷавон С.С. Исмоилов, Н.М. Даминова ва С. Гулшанова ба қори кафедра ҷалб карда шуданд. Кормандони кафедра дар ин давра тадқиқотҳои илмӣ худро дар самти ҷарроҳии умумӣ, колопроктология ва трансплантология давом дода якчанд нафари онҳо рисолаҳои номзадӣ ва доктории худро химоя намуданд. Аз он ҷумла Ҷ. К. Мухаббатова ва Р. Нарзикулова рисолаи докториро, Н.М. Даминова рисолаи номзоди докториро, Қ.К. Қобилова, Ҷ.С. Салимов, Умари Али, Ҳ. Зухуров, И.И. Қобилова, ва С. Гулшанова рисолаҳои илмӣ номзадиро химоя намуданд. Бояд қайд кард, ки дар ин давра кормандони кафедра Н.Д. Мухиддинов баъди химояи рисолаи докторӣ аз шаҳри Санкт-Петербург ба кафедра баргашт. Бо омадани он кас дар кафедра усули нави ҷарроҳӣ – эндовидеоҷарроҳӣ ворид карда шуд. Бо роҳбарии он кас якчанд нафар ҷарроҳони ҷавони клиника ин усулро аз худ намуданд ва аспиранти кафедра К. Болтуев дар ин самт рисолаи номзодии худро химоя намуд. Дар маҷмӯи дар ин давра дар кафедра 3 рисолаи докторӣ ва 7 рисолаи номзоди химоя карда шуд.

Аз соли 2016 то соли 2017 сарвари кафедра доктори илмҳои тиб Ҷ. Қ. Мухаббатова ба уҳда дошт ва дар як маврид мудирони шуъбаи колопроктология буд. Дар ин давра зеро роҳбарии у ассистенти кафедра Ф. Нозимов рисолаи номзодии худро химоя намуд.

Бо сабаби таъин шудани Ҷ. К. Мухаббатова декани факултети тиббии донишгоҳ соли 2017 доцент О.С. Боймуродов мудирони кафедра таъин шуд ва айни замон он кас мудирӣ карда истодаанд. Кормандони кафедра фаъолияти илмӣ, педагогӣ, муолиҷавӣ ва тарбиявии худро фаъолон давом дода истодаанд. Дар ин давра дар қори таъбаоти кафедра усулҳои зиёди эндовидеоҷарроҳӣ ворид карда шуд. Бо роҳбарии профессорни кафедра Гулзода М.Қ., Ҷ.Қ. Мухаббатова, Н.М. Даминова ва Н.Д. Мухиддинов якчанд аспирантони кафедра рисолаҳои илмӣ худро тамом намуда барои химоя пешниҳод намуданд.

Бояд қайд кард, ки бисёр омӯзгорони кафедра дар баробари фаъолияти илмӣ-педагогӣ дар қорҳои таъбаоти БКШ № 5 фаъолон иштирок мекунанд. Ҳамаи ҷарроҳҳои мураккабро дар шуъбаҳои ҷарроҳии 1-ум ва 2-юми БКШ № 5 кормандони кафедра мегузаронанд. Кормандони кафедра А. Саидов, Ҷ. Қ. Мухаббатова ва Н.М. Даминова солҳои тулони вазифаи мудирони шуъбаҳоро иҷро менамуданд. Ба ғайр аз ин бисёр кормандони кафедра дар як маврид дар донишгоҳ вазифаҳои гуногунро иҷро менамуданд ва менамоянд. Айни замон профессори кафедра Гулзода М.Қ. вазифаи ректори донишгоҳро ба уҳда дорад Омӯзгорон А. Саидов, Ҷ. Қ. Мухаббатова, Қ. Н. Носиров ба ҳайси декан ва ҷонишини декан қор карданд. Айни замон профессор Ҷ. Қ. Мухаббатова вазифаи сардори шуъбаи таълим, омӯзгор Қ. Н. Носиров сардори шуъбаи таҳлил, назорат ва робита бо ҷомеа ва омӯзгор, С. Салимов нозирони шуъбаи илми донишгоҳро ба уҳда доранд.

Ҳамин тавр кафедраи ҷарроҳии умумӣ № 1 дар мудати 78 соли фаъолияти худ барои тайёр кардани барои тайёр кардани кадрҳои илмӣ-педагогӣ дар донишгоҳ саҳми арзандаи худро гузоштааст. Дар маҷмӯи дар ин давра кафедра барои донишгоҳ 16 докторони илми тиб ва 41 нафар номзадони илми тиб тайёр кардааст, ки 2 нафари онҳо унвони баланди академиро гирифтаанд. Аз ҷумлаи онҳо 4 нафар солҳои гуногун роҳбарии донишгоҳро ба уҳда доштанд.

Номгӯи адабиётҳо:

1. Пулатов А.Т. / Развитие хирургии в Таджикистане/А.Т. Пулатов, Р.И. Мирзаев/ «Ирфон» 1978. 144 ст.

ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ №2

М.Х. Набиев, Д.А. Абдуллоев, Ш.Ю. Юсупова, У.М. Бегаков

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, зав. каф., к.м.н. М.Х. Набиев

Кафедра общей хирургии №2 (педиатрического факультета) организована в 1968 году. Первым заведующим был доктор медицинских наук, профессор С.И. Рахимов; первыми ассистентами кафедры – кандидаты мед наук Г.Ш. Салиев, Н.Б. Бекиев, Н.А. Магерамов, Т.Д. Дадабаев, М.Р. Ким.

Коллектив кафедры под руководством С.И. Рахимова изучал широкий круг научных вопросов: проблемы высокогорья, абдоминальной хирургии и ожоговой болезни. В 1970 г. С.И. Рахимовым защищена докторская диссертация на тему «Травматический шок и острая кровопотеря в условиях высокогорья». С.И. Рахимов активно готовил врачебные и научные кадры. Много сил и энергии отдавал совершенствованию преподавания и оптимизации учебного процесса на кафедре. Под руководством проф. Рахимова С.И. организовано первое в Республике Таджикистан (на базе клиники общей хирургии педиатрического факультета) специализированное ожоговое отделение, в дальнейшем переименованное в Республиканский ожоговый центр, который стал организационно-методическим центром для лечебно-профилактических учреждений Таджикистана.

В 1972-75 гг. кафедрой заведовал кандидат медицинских наук, доцент Г.Ш. Салиев. При нем сотрудники продолжали заниматься проблемами абдоминальной хирургии и ожоговой болезни.

С 1975 по 1986 годы заведующим кафедрой был проф. Ф.Б. Маргулис. Сотрудники кафедры, наряду с ожоговой болезнью, стали разрабатывать проблемы лечения инфицированных и гнойных ран: канд. мед. наук, доцент Кахаров А.Н., асс. Т.Л. Шахтагинский, Т.Д. Дадабаев, Д.М. Махмудов, Т.Р. Рахимов, П.К. Холматов, руководствуясь темой кафедры «Местное лечение гнойных и инфицированных ран», изучили действие различных антисептических веществ, антибактериальных препаратов, дренажных систем как при местном, так и эндолимфатическом путях введения в комплексном лечении гнойных и инфицированных ран.

Особое внимание кафедра уделяла совершенствованию учебно-методического процесса. По всем разделам общей хирургии подготовлены разработки к практическим занятиям, наглядные пособия и получен ряд удостоверений ВОИР ТГМИ по представленным разработкам. Внедрен метод программированного обучения студентов.

С 80-х годов научно-исследовательская работа кафедры связана, в основном, с проблемой изучения ран и раневой инфекции, исследованием особенностей противовоспалительного действия различных групп антисептиков на гнойные раны, в том числе ожоговые лечение эндотоксикоза у хирургических больных с эндокринной патологией.

С 1987 по 1990 гг. кафедрой заведовал д.м.н., профессор П.М. Шалонов. Коллектив кафедры разрабатывал методы сорбционной детоксикации организма в неотложной хирургии и при развившейся почечной недостаточности у больных после операции на органах брюшной полости. Продолжались научные исследования по вопросам профилактики и лечения гнойных ран.

С 1990 по 1993 гг. кафедру возглавил к.м.н., доцент М.К. Гарипов. При нём расширяется диапазон педагогической, научной и лечебной деятельности кафедры. Активно разрабатываются вопросы общей и торакальной хирургии. Внедрены 14 новаторских предложений по проблемам лечения заболеваний легких, пищевода, органов брюшной полости. Издан ряд учебно-методических пособий, в том числе «Асептика», «Профилактика внутрибольничной инфекции» (методические разработки для самостоятельной работы студентов по общей хирургии, Душанбе, 1991 г).

В 1993-97 гг. кафедрой заведовал д.м.н., лауреат Государственной премии им. Абуали ибни Сино, профессор Б.М. Нурханов. Коллектив кафедры продолжал разрабатывать проблемы детоксикации при эндотоксикозах. В 1993 году согласно приказу МЗ РТ от 28.06.93 за №12-12/12712 на базе клиники общей хирургии педфака создан Центр эндокринной и гнойно-септической хирургии, и научные работы кафедры были направлены на решение задач этого центра. За это время опубликовано 125 научных работ, в том числе 2 авторских свидетельства, 10 рацпредложений, ряд учебно-методических пособий по проблемам общей хирургии и эндотоксикоза.

С 1997-2013 гг. кафедру возглавляла д.м.н., профессор Юсупова Ш.Ю. Коллектив кафедры совместно с коллективами кафедр фармакологии, эндокринологии ТГМУ и Физико-техническим институтом им А.С. Умарова АН РТ продолжает активно разрабатывать проблемы лечения эндотоксикоза при гнойно-септических осложнениях и у больных с хирургической патологией эндокринной системы. Разработаны методы лимфотропной антибиотикотерапии, УФО крови и лазеротерапии на фоне комплексного лечения эндотоксикоза, изучаются особенности распространения, диагностики и лечения хирургических осложнений сахарного диабета, в частности, синдрома диабетической стопы, болезней щитовидной железы, мастопатий и поликистозов яичников в сочетании с заболеваниями щитовидной железы. С 2006г. и по настоящее время совместно с коллективом Республиканского центра эндокринологии проводятся эпидемиологические исследования распространенности хирургических заболеваний эндокринной системы в условиях высокогорных и долинных местностей Республики Таджикистан.

У республиканского центра эндокринной и гнойно-септической хирургии большое будущее. В 2007г. на базе Городского медицинского центра развернута работа Республиканского центра для больных с хирургической патологией эндокринных органов на 35 коек, являющегося клинической базой кафедры общей хирургии №2.

С 2013 до 2017 гг. кафедру возглавлял д.м.н., профессор Абдуллоев Д.А. Под руководством профессора Абдуллоева Д.А. активно разрабатывали проблемы лечения эндотоксикоза при гнойно-септических осложнениях сахарного диабета в условиях высокогорья и у пострадавших с ожоговыми травмами. Разработаны методы антибиотикотерапии, УФО крови и лазеротерапии на фоне комплексного лечения эндотоксикоза, изучаются особенности распространения, диагностики и лечения хирургических осложнений сахарного диабета, в частности, синдрома диабетической стопы.

С 2017 г. кафедру возглавляет к.м.н. Набиев М.Х. В настоящее время коллектив кафедры активно разрабатывает проблемы диагностики и лечения некротизирующих инфекции мягких тканей, гнойно-септические осложнения сахарного диабета и синдрома диабетической стопы.

В перспективе планируется специализация научных кадров в зарубежных клиниках, разработка вопросов организации службы хирургического лечения патологии органов эндокринной системы, новых методов лечения эндотоксикоза в хирургии и при хирургических заболеваниях эндокринной системы, в союзе с физиками, фармакологами, эндокринологами и микрохирургами.

В феврале 1996 года принято Постановление Правительства РТ «Новая концепция реформы здравоохранения в области подготовки медицинских кадров по РТ». Согласно новой концепции и программе реформы здравоохранения на базе педиатрического и лечебного факультетов ТГМУ создан общемедицинский факультет. Кафедра переименована в кафедру общей хирургии №2, на базе которой проходят обучение студенты 2-3-го и 6-го курсов общемедицинского, 3-го курса педиатрического факультета и 3, 4 курсов факультета общественного здравоохранения. Учебные планы и рабочая программа кафедры приспособлены к новой концепции. Расширены и пересмотрены с внесением дополнений многие разделы программы общей хирургии. Пересмотрены лекции в свете новой концепции реформы здравоохранения для III-IV курсов общемедицинского факультета, изданы учебно-методические разработки цикла лекций для тех же курсов. В свете национальной программы по «Йододефициту» и «Сахарному диабету» внесены изменения в научные исследования молодых ученых (аспирантов и клинических ординаторов), работающих на базе кафедры.

В связи с организацией Центра эндокринной и гнойно-септической хирургии (приказ МЗ РТ от 1993 г.) сотрудниками кафедры целенаправленно разрабатываются проблемы изучения ранней диагностики и оптимизации комплексного лечения гнойно-септических процессов у больных с эндокринной патологией. В частности изучаются влияние различных путей введения лекарственных препаратов, в том числе лимфотропным регионарным методом, лимфостимуляции, местное применение отечественных противовоспалительных препаратов, сахароснижающих растительных средств, произрастающих в Таджикистане, течение эндотоксикоза и ранняя диагностика эндокринной патологии с помощью ИК-спектроскопии, в тесном сотрудничестве с кафедрами фармакологии, эндокринологии и физико-техническим институтом им А.С. Умарова АН РТ.

С 1999 по 2019 гг. опубликовано около 396 научных работ, 26 методических разработок, 86 рац. предложений, 12 положительных решений на изобретения – охватывающие широкий спектр вопросов хирургии по ранней диагностике на молекулярном уровне, изучению и оптимизации комплексного лечения гнойно-септических процессов у хирургических больных и больных с эндокринной патологией. За этот период сотрудниками кафедры защищены 13 кандидатских и 1 докторская диссертации, подготовлены к защите 4 диссертации.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ С КУРСОМ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

Джураева Н.С., Раджабзода С.Р., Комилов И.Ш.

Кафедра общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины
ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Через три года после основания ТГМИ, в феврале 1942 года в Таджикском государственном медицинском институте имени Абуали ибни Сино была открыта кафедра «Организация здравоохранения». Первыми заведующими на кафедре были, кандидат медицинских наук, доцент Раевский (с февраля по июль 1942 года) и кандидат медицинских наук, доцент Б.М. Лядский (по май 1952 года).

К сожалению, никаких документов, в том числе и архивных, о деятельности кафедры первого периода не сохранилось. В течение последующих лет (до 1954 года) для чтения обзорных лекций и приема экзаменов по предмету приглашались преподаватели из других ВУЗов (доцент М.С. Меллер, II Московский институт).

В 1954 году кандидат медицинских наук Якуб Таджиевич Таджиев был назначен заведующим кафедрой «Организация здравоохранения».

Первыми преподавателями на кафедре стали С.М. Поперека-Ланге и И.Л. Потапов. Лекции по организации здравоохранения читал Я.Т. Таджиев, а по истории медицины доцент Я.П. Поперека (отоларинголог по специальности).

Задачами первого периода были, в основном, постановка и совершенствование учебно-педагогического процесса, подготовка методических материалов. Практические занятия со студентами велись одновременно на 4, 5 и 6-м курсах как по организации здравоохранения, так и по истории медицины. Постепенно расширялась материально-техническая база, приобретались опыт и навыки в учебно-педагогической работе.

Следующим периодом в развитии кафедры можно считать 60-е годы. В конце 50-х и в начале 60-х годов среди ученых социал-гигиенистов шла дискуссия вокруг наименования и проблем этой дисциплины: одни были за сохранение наименования «Организация здравоохранения», а другие за восстановление «Социальной гигиены» как науки и предмета преподавания (она была переименована в организацию здравоохранения в 1941 году). В итоге соответствующие институты (отделы), а также кафедры в 1969 году были переименованы в институты (отделы), и кафедра социальной гигиены в «Организацию здравоохранения». Это явилось началом следующего периода в развитии этого предмета.

В последующие годы состав преподавателей кафедры пополнился выпускницей мединститута В.Т. Тхостовой (1957), преподавателями А.В. Григоренко (1957), О.М. Галашевским (1960) и И.С. Исхаковым (1962).

По мере расширения кадрового состава преподавателей появилась возможность дифференцировать предметы. Так, курс истории медицины стали читать доцент С.И. Исхаков, а затем и М.А. Авазов, советского права –

старший преподаватель – Гончаров, а затем З.Г. Ризванова. На базе кафедры готовились и клинические ординаторы (В.С. Машков, А.К. Анваров, Л.М. Пак, А.А. Хусаинова и другие). С целью подготовки научных кадров, сотрудники кафедры направлялись в целевую аспирантуру (М.А. Авазов - ЦОЛИУВ, 1965; А.К. Анваров - ЦОЛИУВ, 1967; А.М. Муллоев - I ЛМИ, 1976) или под руководством профессора Я.Т. Таджиева привлекались к научной работе в качестве соискателей (В.Т. Тхостова, Л.М. Пак, Э.А. Немировский), Постепенно на кафедре сформировался научный потенциал. Под руководством Я.Т. Таджиева защитили кандидатские диссертации Х.М. Абдушукурова (1973), В.П. Францишко (1982), М.М. Максумова (1983), М. Абдуллаева (1988), Д.Б. Сабирова (1988).

С 1989 года кафедрой заведовал кандидат медицинских наук, доцент Анваров А.К. Период руководства кафедрой совпал со сложным периодом в истории Таджикистана. После распада Советского Союза последовали гражданская война и годы восстановления мира на таджикской земле. Значительно изменился преподавательский состав кафедры. Приходилось заново восстанавливать научный потенциал кафедры. Так, под руководством д.м.н., профессора А.К. Анварова были написаны и защищены уже после его смерти (2002 год) кандидатские диссертации Б.Х. Кобиловой (2002), И.А. Филипущенко (2002), Н.С. Джураевой (2004).

С 2002 года по 2006 год к.м.н, доцент Б.З. Насриддинова исполняла обязанности заведующего кафедрой. С 2006 года по 2010 кафедрой руководила к.м.н., доцент Филипущенко И.А. Д.м.н., доцент С.Р. Миралиев руководил кафедрой с 2010 по 2018 год. За период его работы кафедра значительно улучшила научно-методическую работу и материально-техническое оснащение.

В настоящее время под руководством заведующего кафедрой к.м.н, доцента Джураевой Н.С. на кафедре работают 10 основных сотрудников: д.м.н. профессор Раджабзода С.Р., старшие преподаватели Д.Ш. Махмудова, Н.Н. Нуриддинова и И.Ш. Комилов, ассистенты Г.И. Комилова, З.С. Исроилова, Ф.Дж., Шарифзода, П.А. Юсуфзода, Д.С. Мансурова, С.Н. Саидова. В течение многих лет кафедра сотрудничает с Центром медицинской статистики и информации при МЗ и СЗН Республики Таджикистан, в лице к.м.н. С.Р. Сайфиддинова, который читает лекции для студентов по заболеваемости населения и организации медицинской помощи.

Сотрудники кафедры постоянно занимаются повышением своих профессиональных знаний путем прохождения курсов как внутри страны, так и за рубежом (России, Швеции, Кыргызстане, Австрии, Литве, Индии, Турции, США).

Учебная деятельность

На кафедре проводятся практические занятия, читаются лекции по предмету «Социальная гигиена и организация здравоохранения» студентам 4, 5 курса медицинского, педиатрического, стоматологического факультетов и 4 курса факультета общественного здравоохранения. Студенты 6 курса медицинского, педиатрического факультетов и факультета общественного здравоохранения обучаются по предмету «Экономика здравоохранения». Для студентов 1 курса стоматологического и фармацевтического факультетов, 2-го курса медицинского и педиатрического факультетов проводятся занятия по предмету история медицины. Преподавание осуществляется в соответствии с учебным планом, с учетом особенностей на том или ином факультете, специфики деятельности будущих специалистов на русском и таджикском языках. С 2007 года иностранным студентам 2 и 3 курса, обучающимся по программе бакалавриата, преподается «Общественное здравоохранение» на английском языке. С 2014 года на кафедре в рамках реализации «Стратегического плана развития информационной системы здравоохранения в Республике Таджикистан» была внедрена единая информационная система (онлайн информационная система) для более наглядного обучения студентов.

С момента открытия магистратуры по общественному здравоохранению (2007 г) на кафедре магистры факультета общественного здравоохранения изучают общественное здоровье и здравоохранение, экономику и финансирование здравоохранения, реформу в здравоохранении и управление изменениями, этику и право в здравоохранении, лидерство и коммуникацию. Всего в 2018 году на кафедре под руководством опытных сотрудников прошли обучение, успешно защитили свои диссертационные работы и получили диплом 25 магистров общественного здравоохранения. Среди магистров – выпускники медицинского факультета и факультета общественно-го здравоохранения ТГМУ им. Абуали ибни Сино, выпускники медицинского факультета университетов Республики Афганистан, выпускники немедицинских факультетов ВУЗов Таджикистана.

С 2015 года на кафедре организованы курсы повышения квалификации (УСО) по вопросам политики, менеджмента, экономики и информационной системы управления здравоохранением для руководителей медицинских учреждений и организаторов здравоохранения. Также открыт месячный курс УСО по статистике здравоохранения для специалистов статистических отделов лечебно-профилактических учреждений. В среднем за год обучение проходят 10-12 специалистов.

Учебно-методическая работа

Кроме рекомендованных учебников и пособий, на практических занятиях используются подготовленные преподавателями кафедры методические разработки. Изданы 15 методических рекомендаций по общественному здравоохранению (на русском и таджикском языках), учебник по Общественному здравоохранению на таджикском языке и 2 монографии.

Воспитательная работа

В контексте воспитательной работы кафедра руководствуется основным принципом наставничества, принятым в ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Целью воспитательной работы является формирование студентов и молодых сотрудников кафедры как личности. Особое внимание уделяется этическим и деонтологическим аспектам медицинской практики, освоению навыков межличностного общения.

Научная деятельность

С 2010 года по 2014 год совместно с кафедрой семейной медицины №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино и Республиканским учебно-клиническим центром семейной медицины кафедра реализовала проект научного исследо-

вания «Научное обоснование дальнейшего совершенствования семейной медицины в Республике Таджикистан». В ходе реализации проекта была защищена 1 докторская диссертация и подготовлены к защите 2 кандидатские диссертации.

В 2015 году начата работа над новой темой кафедры «Медико-социальные аспекты совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи в новых экономических условиях в Республике Таджикистан».

За последние 5 лет на кафедре было опубликовано около 120 научных статей и тезисов в печатных изданиях Таджикистана и за рубежом, на русском, таджикском и английском языках. Сотрудники кафедры - участники научно-практических конференций в Таджикистане, России, Казахстане, Германии, Турции, Малайзии, Швейцарии.

Награды сотрудников кафедры

Профессор кафедры, д.м.н. Миралиев С.Р. награжден государственной премией молодых ученых им. И.Сомони, знаком «Отличник здравоохранения», медалью «Хизмати шоиста» и почетными грамотами Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, Народно-демократической партии Таджикистана и грамотой ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Старший преподаватель кафедры Комилов И.Ш. награжден знаком «Отличник здравоохранения».

Профессор, д.м.н., Миралиев С.Р. и старший преподаватель кафедры Комилов И.Ш. активно участвовали в соревнованиях по шахматам, где занимали призовые места и неоднократно были награждены грамотой ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Международное сотрудничество

Кафедра активно участвует в академической мобильности между зарубежными университетами. В марте 2018 года в рамках академической мобильности состоялся визит заведующей кафедры общественного здравоохранения и сестринского дела Карагандинского государственного медицинского университета к.м.н., и.о. профессора Жакеновой Сауле Рахимджановны. В ходе визита была достигнута договоренность о межкафедральном сотрудничестве двух университетов.

С 2017 года кафедра реализует проект Erasmus+ в партнерстве с Университетом города Бирмингема Великобритании (Birmingham City University in Birmingham, UK). Основной целью проекта является проведение тренингов по общественному здравоохранению (лекций и семинаров), обмен профессиональным опытом, культурой и традициями обеих стран.

Также сотрудники кафедры участвуют в реализации проекта Erasmus+ TUTORIAL «Усиление Центрально-Азиатской сети по образованию, исследованиям и инновациям в области гигиены окружающей среды» в партнерстве с университетами Италии, Германии, Эстонии, Индии, Казахстана, Кыргызстана и Таджикистана.

ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ КАФЕДРЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Заф. кафедрой Зарипов А.Р.

ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Впервые в 1963 году и повторно в 1977 году в ТГМИ имени Абуали ибни Сино был открыт стоматологический факультет и на его базе организованы три профильные стоматологические кафедры. С целью обеспечения процесса учебно-методической работы и подготовки высококвалифицированных специалистов-стоматологов в 1983г. была организована кафедра ортопедической стоматологии и первым зав. кафедрой был назначен доцент А.Ж. Жахангиров.

В 1985г. на кафедре открыт кабинет функциональной диагностики с целью обследования и лечения больных с функциональной патологией зубочелюстной системы. Налажена методика электромиографии и реографии.

Для лечения больных с патологической стираемостью была предложена трубка с ретракционной жидкостью для изготовления металлокерамических работ, за что коллективу кафедры выданы 2 авторских свидетельства и получены 1 золотая и две бронзовые медали ВНДХ СССР.

В 1986 г. совместно с Институтом химии АН Таджикской ССР была организована хоздоговорная группа, целью которой являлось внедрение особо чистого алюминия и его сплавов в стоматологическую практику при лечении больных с патологией зубочелюстной системы. За время работы подано и утверждено 3 рационализаторских предложения и защищены патенты по технологии изготовления шин, протезов и аппаратов. Коллектив группы совместно с институтом химии Академии наук получил 5 патентов на изобретения за предложенные сплавы на основе особо чистого алюминия, за что удостоен диплома и Золотой медали ВНДХ СССР.

В 1994 году на должность заведующего кафедрой назначен, а в 1995 году избран, первый выпускник стоматологического факультета ТГМИ кандидат медицинских наук, доцент Саиджон Муродович Шарипов. Он заведовал кафедрой 1995-2008 и 2012 -2016гг. В 2008-2012 и 2016-2017г.г. кафедрой заведовал к.м.н. доцент Сабуров С.К. С 2017г по настоящее время кафедрой заведует к.м.н., доцент Зарипов А.Р. В разные годы на кафедре работали доктора медицинских наук, профессора И.С.Соатов и З.А.Назаров, кандидаты медицинских наук Х.К. Ахмедов, М.Ю. Одилов, В.Г. Абоев, У.М. Муродов, Ш.И. Юлдошев, И.К. Малангов. Необходимо отметить заслуги ассистентов И.А. Ашанина, М.А.Бурака, Л.Н. Ли, Х.Ш. Джаббаров, В.К.Тю, Л.А. Якубовой, Л.П. Заировой, З.Х.Юнусовой, Муродова Б.К. и др., которые внесли посильный вклад в организацию учебно-методической, научно-исследовательской и лечебной работы на кафедре.

База кафедры. Для внедрения современных технологий в учебный процесс в 2007 г. при поддержке ректора ТГМУ имени Абуали ибни Сино профессора У.А. Курбонова организована клиническая база факультета - «Учебно-клинический центр «Стоматология» (директор – к.м.н. Одинаев И.С.). В УКЦ «Стоматология» размещены кафедры ортопедической и терапевтической стоматологии и частично кафедра челюстно-лицевой хирургии.

Учебная работа. Зав. учебным отделом кафедры является ассистент П.О.Аминов. На кафедре ортопедической стоматологии проходят обучение студенты 2-5 курсов, клинические ординаторы и интерны стоматологического факультета. В студенческой клинике имеются отдельные кабинеты, оснащенные современным оборудованием для ведения амбулаторного приема профильных пациентов, зуботехническая лаборатория и физиотерапевтический и рентгенологический кабинеты. На кафедре организованы 12 фантомных рабочих мест, 6 - учебных комнат. Планируется преподавание предмета на английском языке. Студенты в конце 3 курса сдают теоретический зачет, в конце 4 курса текущий экзамен и в конце 5 курса государственный экзамен. Студенты 2-го курса с 4-го семестра занимаются по кредитной системе обучения, т.е. в течение семестра 2 раза (8 и 16 занятия) сдают рейтинг в тестовом центре университета.

Учебно-методическая деятельность. Подготовлены учебно-методические разработки и рекомендации по всем разделам ортопедической стоматологии на русском и таджикском языках для студентов, магистров и клинических ординаторов. Имеются учебники «Ортопедическая стоматология», «Материаловедение» и учебное пособие «Дентальная имплантология» на таджикском языке, подготовленные сотрудниками кафедры.

Воспитательная работа. Ответственным за воспитательную работу кафедры является ассистент Махмудов М.М. Сотрудники кафедры согласно плану по воспитательной работе, утвержденному проректором по воспитательной работе, перед началом практических и лекционных занятий в течение 5-10 мин. проводят беседы воспитательного характера на следующих темах:

- медицинская этика и деонтология;
- независимость – бесценный дар;
- Президент – гарантия мира;
- 7 апреля - всемирный день здоровья;
- новости медицины и др.

А также, сотрудники кафедры, согласно графику, дежурят в общежитиях ТГМУ им. Абуали ибни Сино раз в месяц с 20.00 до 22.00. (общежитие №5) и проводят беседы воспитательного характера со студентами, живущими в общежитии.

Научно-исследовательская работа. Остепененность кафедры составляет 63%. Научное направление кафедры «Клиника, эпидемиология, оптимизация диагностики и комплексной реабилитации больных с дефектами, деформациями зубных рядов и челюстей у населения РТ». Работа выполняется совместно с кафедрами внутренних болезней, онкологии и эпидемиологии. На кафедре выполняются 1 докторская и 2 кандидатские диссертации.

Лечебная работа. Ответственным за лечебную работу кафедры является к.м.н. Кувватов Х.Р. 75% сотрудников кафедры являются врачами высшей квалификационной категории. 2 сотрудника являются отличниками стоматологии РТ. Лечебная работа проводится в ортопедическом отделении УКЦ «Стоматология» ТГМУ им. Абуали ибни Сино, которое является клинической базой кафедры. Все сотрудники в соответствии с учебной и научной тематикой занимаются ортопедическим лечением больных с частичными и полными дефектами зубов и зубных рядов, дефектами, аномалиями и деформациями зубочелюстной системы с применением самых современных методов восстановления зубов, зубных рядов, дефектов лица и челюстей.

СНО кафедры. Ответственным за работу студенческого научного общества кафедры является к.м.н. Юсупова Зарина Хикматовна. Члены СНО совместно с сотрудниками кафедры активно участвуют в разработке научной тематики кафедры. По результатам исследований готовят научные статьи, тезисы докладов, презентации и принимают участие на конференциях молодых ученых и студентов, в различных форумах в республике и за ее пределами.

Награды сотрудников. Труды сотрудников кафедры по достоинству оценены Правительством. В настоящее время 3 сотрудника кафедры являются Отличниками здравоохранения РТ (Шарипов С.М., Сабуров, С.К., Кувватов Х.Р.), 3 человека Отличниками просвещения РТ (Шарипов С.М., Сабуров, С.К., Махмудов М.М.), 1 человек награжден медалью «Шафқат» (Шарипов С.М.).

Сотрудничество кафедры (внутреннее и международное).

Сотрудники кафедры активно сотрудничают с научно-клиническим институтом стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (г. Душанбе), с кафедрами терапевтической и ортопедической стоматологии Института последипломного образования в сфере здравоохранения РТ, а также с клиникой челюстно-лицевой хирургии и кафедрой ортопедической стоматологии медицинского факультета Университета им. Гёте г. Франкфурта-на-Майне.

Стоматологический факультет по праву является одним из самых приоритетных и перспективных подразделений ТГМУ им. Абуали ибни Сино, на развитие которого затрачиваются значительные материальные и интеллектуальные ресурсы. В 2007 году по инициативе (в то время) ректора университета, профессора Курбанова У.А., была создана клиническая база – УКЦ «Стоматология», объединившая профильные кафедры, с 26 учебными и лечебными аудиториями, оснащёнными современным оборудованием. А в 2017 году по распоряжению нынешнего ректора университета, профессора Гулзода М.К. в центре обучения практическим навыкам был организован стоматологический кабинет, оснащённый современным оборудованием и фантомами. В 2019 году после реконструкции здания учебно-клинического центра «Стоматология», площадь которого расширилась, в связи с чем, увеличилось число учебных и лечебных кабинетов, также оборудован фантомный класс, оснащенный современными стоматологическими инструментами, оборудованием и материалами. В результате чего повысился уровень научно-образовательной деятельности, качество преподавания студентам основных профессиональных компетенций.

В 2017 году стоматологический факультет Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино отметил 40-летний юбилей со дня основания.

**ТАЪРИХИ КАФЕДРАИ ОФТАЛМОЛОГИЯИ МДТ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ
ТОЧИКИСТОН ба номи АБЎАЛӢ ИБНИ СИНО»**

Махмадов Ш.Қ., Мазабшоев А.М., Раҳимова З.И., Қаримов М.Б.

Кафедра офталмологияи МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино». Тоҷикистон

Таърихи ташаккули офталмологияи тоҷик бевосита бо номи аъзо-корреспонденти Академияи илмҳои РСС Тоҷикистон, доктори илмҳои тиб, Арбоби хизматнишондодаи РСС Тоҷикистон, асосгузори хизматрасонии офталмологии Тоҷикистон, профессор Леонид Фёдорович Парадоксов алоқаманд аст. Маҳз бо заҳматҳои зиёди ин шахс офталмология дар Ҷумҳурии Тоҷикистон инкишоф ёфта, ҳамчун яке аз самтҳои пешқадами илми тибби тоҷик рушд ёфт. Ӯ дар қатори бемориҳои шадиди сироятии чашм дар ҳамаи давра ба дарёфту табобати беморони гирифтори глаукома, таваҷҷуҳи хоса зоҳир намуда, заминаи илман асосноки ташхиси табобати беморони глаукомаро татбиқ намуд. Дар солҳои фаъолияти Л.Ф. Парадоксов амалиётҳои ҷарроҳии глаукома ба монанди ҷарроҳии Эллиот, ириденклејзис, сиклодиализ, иридэктомия бори аввал дар ҷумҳурии мо ба роҳ монда шуданд. Қорҳои ташкилию методии устои бузург барои таъсиси ҳадамоти алоҳидаи глаукоматозӣ дар оғози фаъолияти Беморхонаи навбунёди ҷумҳуриявии клиникаи шаҳраки Қарияи боло (айни замон Муассисаи давлатии «Маркази миллии тиббӣ Ҷумҳурии Тоҷикистон») заминаи хуб гузошта буд.

Кафедраи офталмологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино низ соли 1942 зери роҳбарии Л.Ф. Парадоксов ташкил карда шуда, то соли 1954 роҳбарии кафедраро ҳуди ӯ ба уҳда дошт. Ташкил намудани кафедра дар пешравии хизматрасонии баланду босифати офталмологӣ дар Тоҷикистон, аз ҷумла барои таҳсили донишҷӯён, тақмили ихтисоси духтурон нақши калон гузошт. Дар он вақт кафедра дар шӯъбаи бемориҳои чашми Беморхонаи шаҳрии №1 ҷойгир шуда буд, ки ҳамагӣ дорои 60 кат буд. Дар ин давра бо заҳмати кормандони кафедра бемории трахома дар ҷумҳурӣ ба пуррагӣ аз байн бурда шуд.

Соли 1964 Беморхонаи клиникаи ҷумҳуриявии №3 (БКҶ №3), (ҳоло МД «ММТ ҶТ») таъсис ёфт, ки кафедра ба он ҷо гузашт. Дар ин вақт роҳбарии кафедраро н.и.т. Веда Борисовна Гефт ба уҳда дошта, баробари кушодашавии беморхона се шӯъба; яъне шӯъбаҳои 1-уми садамаи чашм, 2-юми глаукоматозӣ ва шӯъбаи кӯдакони бемориҳои чашм таъсис ёфтанд, ки миқдори катҳояшон то ба 120 мерасид.

Духтурони ҷавон ва донишҷӯён дар пойгоҳи номбурда ва Диспансери трахоматозӣ (ҳоло Маркази клиникаи ҷумҳуриявии офталмология) қор ва таҳсил менамуданд.

Дар давраи 18 соли мудирии дотсент Гефт В.Б. 6-то рисолаи номзадӣ ҳимоя шудааст, ки 2-тои он зери роҳбарии бевоситаи он кас ба марзи дифоъ расиданд (Аҳророва З.Д., Мазабшоев А.М.). Инчунин ҷарроҳҳои нав; аз ҷумла криоэкстракцияи катаракта, склеренклејзис, склеродиализ, криотермияи ҷисми миҷгон ва усулҳои нави физиотерапевтӣ ба роҳ монда шуданд.

Солҳои 1973-1991 мудирӣ кафедра Вовси Белла Марковна, д.и.т. интиҳоб гардид. Дар давраи роҳбарии Вовси Б.М. донишҷӯёни факултети стоматологӣ ва инчунин курсҳои тақмили ихтисос низ ба таҳсил фаро гирифта шуданд. Воҳидҳои қорӣ кафедра аз ҳисоби мутахассисони нав – номзадҳои илми тиб Мазабшоев А.М., Галперин И.М., Черепов В.Е., Серобян А.А., Зеленская Н.П., Туманова А.Л. ва инчунин докторони илми тиб Аҳророва З.Д., Усмонова И.М. пурра гардид, ки дар навбати худ ҳамаи онҳо дар шӯъбаҳои бемориҳои чашм ҳамчун куратор ва духтури табобатӣ фаъолият менамуданд.

Мавзӯи илмии кафедра зери номи «Патогенези садамаи чашм; мутобиқшавии садамаи чашм ба шароитҳои кӯҳистон; микроҷарроҳии чашм» тасдиқ гашта, дар ин давра 700 нафар духтурони чашмро тайёр намудааст. Дар ниҳоди мазкур кафедра аз соли 1973 ин ҷониб мунтазам курсҳои тақмили ихтисоси духтурони чашм низ доир карда мешавад.

Дастрас намудани таҷҳизоти офталмологӣ, ба монанди дастгоҳҳои лазерӣ, реоофтальмограф, сферопериметр, эхоофтальмограф ва ғ., доруҳои нав, аз қабилӣ ферментҳо, антибиотикҳо, ситостатикҳо ва ғ. сатҳи қорҳои таълимӣ, илмӣ ва табобатии клиникаро баланд бардошт.

Бо ташаббуси бевоситаи Вовси Б.М. марказҳои ҷумҳуриявии лазерӣ, садамаи чашм ва бемориҳои тўрпарда таъсис дода шуда, ки то ҳол фаъолият менамоянд.

Солҳои 1991-2011, роҳбарии кафедраро профессор, д.и.т. Аҳророва Зухро Додоҳоновна ба уҳда дошт. Дар ин давра зери роҳбарии профессор Аҳророва З.Д. се рисолаи номзадӣ (Семёнова И.Ф. соли 2002, Остонаева П.М. соли 2002, Ғафурова Л.Б. соли 2002) ҳимоя гардид, 7 шаҳодатнома оид ба пешниҳодҳои ратсионализаторӣ ба даст оварда шудааст. Ба қалами профессор Аҳророва З.Д. 165 қорҳои илмӣ тааллуқ дорад. Таълим дар донишгоҳ бо забони тоҷикӣ ба роҳ монда шуд.

Дар ин давра муваффақиятҳои калон оид ба табобати садамаҳои чашм дар ҷумҳурӣ ба даст омад. Ёриҳои ургенти (таъҷилӣ) – ӣ офталмологӣ ва табобати ҳамаҷарамаи сӯхтагии чашм ба роҳ монда шуд. Усулҳои диспансеризатсияи беморони глаукома тақмил ёфта профессор Аҳророва З.Д. тадқиқоти васеи клиникаию эпидемиологӣ ва тиббӣ-иҷтимоии глаукомаи яқумдараҷаро дар тамоми ҷумҳурӣ гузарониданд. Аз тарафи профессор Аҳророва З.Д. усулҳои тонографии Калфа С.Ф., усулҳои тонографии Нестеров А.П. ва периметрияи статистикуву проексионӣ ба роҳ монда шуд.

Ҳамчунин дар кафедра ординаторони клиникӣ (26 нафар), субординаторҳо (75 нафар) ва интернҳо тайёр карда шуданд. Дар натиҷаи фароҳам омадани шароити мусоид барои тақмили воҳидҳои қорӣ ҳайати кафедра бо ассистентони нав - Ашуров Ҷ.М., Раҳмонова Ш.У., Остонаева П.М., Ғафурова Л.Б., Мавлонӣ Р.А., Махмадов Ш.Қ. ва ҳамкорон - мутахассисони дараҷаи олӣ Юнусова З.И., Норбоева М.А., Кодирова Н.А., Шарипова Ш.Л. пурра гардид.

Солҳои 2011-2013 вазифаи мудири кафедра ба уҳдаи н.и.т., дотсент, Аълочии тандурустии ҶСШ Тоҷикистон Мазабшоев Аслишо Мазабшоевич вогузур гардид. Дотсент Мазабшоев А.М. муаллифи зиёда аз 50 осори илмӣ, аз ҷумла китоб бо забони тоҷикӣ ва дастурҳои методӣ мебошад. Дотсент Мазабшоев А.М. дар айни ҳол ба синну соли худ нигоҳ накарда, яқоя бо ахли кафедра ғайбона ба кори илмӣ, таълимӣ ва табобатӣ машғул аст. Аз соли 2013 вазифаи мудири кафедра Аълочии тандурустӣ, Аълочии маориф ва илм, духтури дараҷаи олӣ, н.и.т. дотсент Маҳмадов Шамсулло Қурбонвич ба уҳда дорад.

Соли 2014 зери таҳрири кормандони кафедра аввалин китоби дарсӣ “Бемориҳои чашм” бо забони давлатӣ, зиёда аз 10-то дастурамалҳои таълимӣ ва таълимию методӣ барои донишҷӯёни факултетҳои тиббӣ, педиатрӣ, стоматологӣ, ординаторони клиникӣ ва интернҳо аз ҷоп баромадааст. Бояд қайд кард, ки тӯли ин солҳо асбобҳои нави замонавӣ - 2 микроскопи ҷарроҳӣ, асбобҳои микроҷарроҳӣ барои катаракта ва глаукома, коагулятори дуқутба, А ва В-сканнер, стерорефрактометрҳо, пневмотонометр, периметри компютерӣ, дастгоҳҳои лазерӣ барои инабия ва тўрпарда, ретинофот ва ғ. ворид карда шуда дар ҷараёни таълим, корҳои илмӣ, таҳхис ва табобати беморон аз онҳо бо қамоли қордонӣ истифода мебаранд.

Дар давраи истиқлолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон кормандони кафедра ҳамкориро бо клиника ва донишгоҳҳои як қатор давлатҳои хориҷӣ, аз қабили ИМА, Олмон, Чехия, Россия ба роҳ монданд, ки тавассути ин иқдоми нек ҷарроҳиҳои нав, ба монанди ЭЭЖ бо буриши хурди нақбӣ, мондани булӯракҳои сунъии мулоим ва саҳт, кератопластика (трансплантатсияи қарниа), кросслинking, сиклофотодеструксияи лазерӣ, капсулотомияи лазерӣ ва ғ. дар саҳи баланди таҳассусӣ амалӣ мегарданд.

Дар айни ҳол дар кафедра 3 дотсент - Маҳмадов Ш.Қ., Мазабшоев А.М., Каримзода Ҳ.Ҷ., 3 номзади илми тиб - Останаева П.М., Юнусова З.И., Сулейманова Ф.А. ва 5 ассистент - Қодирова Н.А., Ҳалимова З.С., Раҳимова З.И., Каримов М.Б. ва Ҳайдаров З.Б. қору ғайбона менамоянд. Инчунин дар кафедра 2 аспиранти рӯзона, 1 аспиранти ғойбона, 3 унвонҷӯӣ барои унвони номзади илми тиб ва 2 унвонҷӯӣ барои доктори илми тиб бо корҳои илмӣ-таҳқиқотӣ машғул буда, 12 ординатори клиникӣ солҳои 1 ва 2-юм ва 2 нафар интерн ба таҳсил фаро гирифта шудаанд. Дар кафедра донишҷӯёни курсҳои 4-ум ва 5-уми факултети тиббӣ, курси 4-уми факултетҳои стоматологӣ ва педиатрӣ, курси 5-уми факултети ниғаҳдории тандурустии ҷамъиятӣ ва инчунин курсҳои 4 ва 5-уми бакалаврҳо мунтазам таҳсил менамоянд. Кормандони кафедра дар мавзӯи «Технологияи муосир дар эйтилоли қаъри чашм» кори илмӣ худро анҷом дода истодаанд.

КАФЕДРА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ ТГМУ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО Зав. кафедрой Гоштемирова З.М.

Патофизиология занимается выявлением, описанием и объяснением причин, условий, конкретных и общих механизмов возникновения, развития, а также исходов болезней и болезненных состояний. На основе этих знаний разрабатываются и обосновываются принципы и методы их диагностики, терапии и профилактики.

Кафедра патологической физиологии организована в мае 1941 года.

Первым заведующим кафедрой был профессор Г.В. Пешковский. После отъезда Г.В. Пешковского за пределы республики некоторое время кафедрой заведовал доцент Я.С. Андросов.

В 1950 году заведующим кафедрой был избран профессор И.А. Ойвин. Под его руководством выполнили диссертационные работы И.И. Исламов, В.В. Баканская, Е.П. Смоличев, Н.Д. Горбунова, Г.Ш. Таиров, Ю.В. Сергеев, Б.Д. Забудский, И.А. Мухамеджанов и др.

Более 30 лет (1956-1987) кафедру возглавлял профессор Евгений Петрович Смоличев. Будучи блестящим лектором и талантливым педагогом, Е.П. Смоличев пользовался большим успехом и авторитетом среди сотрудников, студенческой молодежи и врачей. Высококвалифицированный ученый, научный руководитель, педагог – он сочетал заведование кафедрой с должностью проректора института по учебной работе.

Под его непосредственным руководством выполнено 17 кандидатских и 5 докторских диссертаций. Им написана монография «Нарушение белкового состава крови».

В связи с переходом Е.П. Смоличева на должность профессора-консультанта в 1987 году, обязанности заведующего кафедрой с 1987 по 1989 годы исполняла доцент кафедры Инна Ильинична Арав.

После ее отъезда в 1990 году заведующим был избран Ю.Б. Ибрагимов (1990-1992гг.). В этот период им была успешно защищена докторская диссертация «Сопряженные функции органов сосудов в динамике развития гипоксии и применения антигипоксантов», имеющая как фундаментальное, так и прикладное значение.

С 1992 по 1994 годы обязанности заведующего кафедрой исполняла доцент С.Г. Топорова. В том же году ею была защищена докторская диссертация на тему: «Механизмы управления лимфатическим дренажем тканей».

С 1994 по 2006 годы обязанности заведующего кафедрой выполняла доцент Муаззама Фазлитдиновна Шахובה. Закончив в 1963 г. Таджикский государственный медицинский институт им. Абуали ибни Сино, она была зачислена в ординатуру на кафедру патофизиологии и вся её деятельность была посвящена работе и развитию кафедры.

Будучи аспирантом кафедры, в 1975 году защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Влияние вегетативных сдвигов на частотно-пороговую характеристику кожного анализатора здорового и больного человека». С первых дней заведования Муаззама Фазлитдиновна уделяла огромное внимание учебно-методической работе, были изданы методические пособия, созданы разнообразные наглядные демонстрационные стенды, баннеры, плакаты. Доцент М.Ф. Шахובה щедро делилась педагогическим опытом с молодыми ассистентами. За время ее руководства на кафедре были защищены две кандидатские диссертации старшими преподавателями Курбонбековой П.К. на тему: «Распространенность, особенности этиологии, патогенеза, клиники, течения и терапии пиодермий у жителей высокогорья, среднегорья и долины» и Меликовой Н.Х. на тему: «Влияние межличностных отношений и состояния вегетативной нервной системы на мотивационную деятельность студентов».

С 2006 года должность заведующего кафедрой исполнял д.м.н. Мухиддин Сафарович Табаров, выпускник Таджикского государственного медицинского института имени Абуали ибни Сино. В 1999 году он по направлению МЗ РТ был направлен в докторантуру НИИЭМ РАМН г. Санкт-Петербург. В 2003 году успешно защитил докторскую диссертацию на тему: «Раздельное и сочетанное воздействие гипоксии и гипотермии на реактивность сосудов». Под его руководством были защищены две кандидатские диссертации - Шукуровой Н.Я. на тему «Реактивность органов венозных сосудов при воздействии вазоактивных веществ в условиях гипотермии и гипертермии организма» и Тоштемировой З.М. на тему «Циркадианный ритм функционирования кишечника при варикозной болезни нижних конечностей».

М.С. Табаров является автором более 140 научных работ. В том числе 1 монография «Гемодинамика при сочетанных воздействиях», учебник на государственном языке «Физиология и патология», «Краткий русско-таджикский толковый словарь медицинских терминов», справочник «Норма в практической медицине, 14 учебно-методических пособий и разработок. С 1.03.2017 в связи с положением о невозможности работы на 2-х руководящих должностях – М.С. Табаров является деканом педиатрического факультета, заведующим кафедрой назначена его ученица – к.м.н., доцент З.М. Тоштемирова. З.М. Тоштемирова является автором более 90 научных работ. В том числе 18 учебно-методических пособий и разработок.

Научные исследования кафедры проводились в 2-х направлениях: 2010-2012гг. «Сравнительное хрономедицинское исследование основных факторов риска геморроя и варикозной болезни нижних конечностей» и 2012-2014гг. «Клинико-экспериментальное исследование дисфункции эндотелия сосудов при хронической болезни почек в условиях долины и высокогорья». В настоящее время научной темой кафедры является «Дисфункция эндотелия при ишемической болезни сердца у лиц, перенесших инфаркт миокарда», рассчитанная на 2018-2022 годы.

На данный момент готова к публичной защите работа старшего преподавателя кафедры Ходжаевой М.Х., предстоят апробации двух кандидатских диссертаций старших преподавателей кафедры – Нурилловой Н.А. и Саидмурадовой Р.А., научным руководителем является профессор кафедры д.м.н. Табаров М.С.

С момента образования кафедры издано статей различными авторами - 1064; тезисов - 1394; учебно-методических пособий и рекомендаций - 60; рацпредложения - 74.

На кафедре активно функционирует СНО, под руководством к.м.н., доцента Меликовой Н.Х., где студенты проводят научно-исследовательские работы, выступают с докладами и оформляют рефераты по актуальным вопросам патофизиологии. Результаты работ СНО систематически докладываются на научно-практических конференциях молодых ученых, годичных конференциях ТГМУ и в ближайшем зарубежье.

В настоящее время кафедра сотрудничает с НИИЭМ РАМН, г. Санкт-Петербург; Первым медицинским университетом им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург; ИГМА, г. Ижевск; Казахским национальным университетом им. С.Д. Асфендиярова. Для лучшего усвоения материала в каждой учебной комнате установлены телевизор и DVD, где демонстрируются учебные фильмы, имеется виртуальная лаборатория для выполнения практических занятий. На кафедральных совещаниях обсуждаются: взаимопосещения лекций, практических занятий, подготовка учебно-методических разработок, оценивается профессиональный уровень преподавания, посещаемость и успеваемость студентов.

Награды сотрудников кафедры: д.м.н., профессор Табаров М.С.: «Отличник здравоохранения Республики Таджикистан», 2008г., медаль «За заслуги перед Отечеством», 2009 г, медаль «За заслуги перед здравоохранением», 2017 г. (Россия), Почетный академик Ижевской государственной медицинской академии, 2018 г. (Россия), «Отличник народного образования РТ», 2019 г.; к.м.н., доцент Тоштемирова З.М.: «Отличник здравоохранения Республики Таджикистан», 2010 г., Грамота Министерства народного образования и науки РТ, 2018г.; к.м.н., доцент Курбонбекова П.К.: «Отличник народного образования РТ», 2012г., грамота МЗ РТ, 2011г., Грамота Министерства народного образования и науки РТ, 2016г., Почётная грамота Федерации профсоюзов РТ, 2017г.; Благодарность Комитета по делам молодёжи и спорта при Правительстве РТ, 2017г., «Отличник здравоохранения Республики Таджикистан», 2019г.; Нуриллова Н.А.: «Отличник здравоохранения Республики Таджикистан», 2009г.; Ходжаева М.Х. – Грамота МЗ РТ, 2010г; Саидмурадова Р.А. – Грамота министерства народного образования и науки РТ, 2014г.

В настоящее время на кафедре работают профессор д.м.н. М.С. Табаров, к.м.н., доцент З.М. Тоштемирова, к.м.н., доцент П.К. Курбонбекова, к.м.н., доцент Н.Х. Меликова, старшие преподаватели: Н.А. Нуриллова, Р.А. Саидмурадова, М.Х. Ходжаева, ассистенты: О.Б. Азамов, У.К. Бобоев, Ф.А. Шукуров, А.А. Хамзаев, С.К. Кассирзода, Ф.А. Мухиддинов, Н.Р. Назариев, Ф. Абдуллозода и совместители из числа опытных специалистов.

КАФЕДРА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Зав. кафедрой Шарипов Х.Ю.

ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

В современном медицинском мире все большее внимание уделяется вопросам своевременной диагностики и лечения патологических состояний. В этом контексте патологическая анатомия играет важную роль в повседневной деятельности медицинских работников. Кафедра патологической анатомии была создана вместе с образованием Таджикского государственного медицинского института в 1939 году. Патологическая анатомия является важным разделом патологии, изучающим морфологические изменения, возникающие в организме больного человека, их течение и исходы. В настоящее время говорят больше о клинической патоморфологии, чем о патологической анатомии, которая тесно связана с клиникой.

Первым заведующим кафедрой был д.м.н. профессор Сиповский Пётр Васильевич. Он руководил кафедрой с 1939 по 1947 годы и занимался вопросами эндемического зоба. Под его руководством в республике впервые была

создана гистологическая лаборатория. После Великой Отечественной Войны с 1947 по 1949 годы кафедру возглавил д.м.н. профессор – Савин К.Н. С 1950 по 1957 годы заведующим кафедрой был профессор Гулкевич Юрий Валентинович, который занимался проблемами тератологии и мертворожденности. С 1958 по 1964 годы возглавляла кафедру д.м.н – профессор Монастырская Белла Иосифовна. Она изучала изменения аденогипофиза при беременности, стрессе, рентгеновском облучении в условиях высокогорья. С 1964 по 1966 годы заведующей кафедрой работала Смоличева Елена Петровна. Долгие годы кафедрой возглавляла д.м.н. профессор Савина Раиса Ивановна (с 1966 – 1995 годы). Изучалось морфофункциональное состояние желез внутренней секреции при разнообразной патологии. Известно, что эндокринные железы играют важную роль в гуморальном взаимодействии органов, тканей и клеток. Вследствие этого морфологическая структура желез внутренней секреции находится в зависимости от состояния организма и регулируемого железами процесса, подчиняясь принципу обратной связи. С 1995 по 2007 годы заведовала кафедрой к.м.н. доцент Наудинова Н.В. Сотрудники кафедры проводили комплексное исследование желез внутренней секреции при перинатальной патологии. Перинатальный период, особенно рождение ребенка и первые дни его жизни, является наиболее трудным, во многом решающим моментом в жизни человека. Эндокринная система играет важную роль в приспособление организма новорожденного к новым условиям существования. Доказано, что при асфиксии в эндокринных железах на первый план выступали нарушения микроциркуляции в виде стаза, полнокровия, диапедеза эритроцитов, периваскулярных кровоизлияний, сладж-синдрома. Изменение наблюдалось в надпочечниках в виде спазма синусоидных капилляров.

С 2007 по 2011 годы заведовал кафедрой д.м.н. Ибодов С. Т. В этот период сотрудники кафедры занимались изучением морфологических структур лимфоидных образований органов в норме и при патологии в постнатальном периоде. Тема докторской диссертации С.Т. Ибодова «Структурные характеристики железистого и лимфоидного аппаратов двенадцатиперстной кишки человека и в эксперименте у крыс при действии холода и в условиях высокогорья». Доказано, что железистый аппарат двенадцатиперстной кишки человека, представленный дуоденальными и кишечными железами, характеризуется существенной изменчивостью. Дуоденальные железы в количестве 300 - 680 располагаются проксимальнее двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба; их начальные отделы (от 1 до 6 у желез) располагаются исключительно в подслизистой основе, образуя у верхней части кишки сплошное «поле», располагаясь в виде преимущественно продольных рядов у нисходящей части кишки, по одиночке и небольшими группами у горизонтальной и восходящей частей кишки. Размеры, количество дуоденальных и кишечных желёз не зависят от топографо-анатомического варианта кишки. К рождению ребенка дуоденальные и кишечные железы структурно сформированы. Количество и размеры этих желёз максимальны в возрасте 22-35 лет, после чего начинаются их инволютивные изменения. Лимфоидные образования двенадцатиперстной кишки человека (диффузная лимфоидная ткань, лимфоидные узелки без и с центрами размножения) располагаются преимущественно возле дуоденальных и кишечных желёз. Лимфоидная ткань в стенках двенадцатиперстной кишки человека достигает максимального развития в раннем детском возрасте. В сфинктерных зонах двенадцатиперстной кишки (постпилорический, перифатеральный и двенадцатиперстно-тощекишечный сфинктеры) на протяжении всего постнатального онтогенеза наблюдается увеличение количества и длины лимфоидных узелков, числа дуоденальных желёз и толщины начальных их отделов, по сравнению с рядом расположенными участками стенки кишки. При действии факторов высокогорья в стенках двенадцатиперстной кишки крыс происходит уменьшение длины, толщины начального отдела дуоденальных желёз, расширение их выводных протоков, снижение длины кишечных желёз.

С сентября 2011 года по 2012 год кафедрой заведовал к.м.н. Боронов Х. А. Тема кандидатской диссертации «Морфологическая характеристика лимфоидных образований желез желчного пузыря человека в норме и при патологии», которую Боронов Х.А. защитил в 2009 году. При исследовании выявлено, что стенка желчного пузыря у людей разного возраста имеет развитые лимфоидные структуры, расположенные преимущественно в собственной пластинке слизистой оболочки. Лимфоидные образования желчного пузыря представлены диффузной лимфоидной тканью и лимфоидными узелками без центров размножения. Клеточный состав диффузной лимфоидной ткани и лимфоидных узелков стенки желчного пузыря однотипен и представлен малыми, средними и большими лимфоцитами, лимфобластами, макрофагами, митотически делящимися клетками, а также клетками с картиной деструкции. Строение желез желчного пузыря, их морфометрические характеристики отличаются значительной возрастной и анатомической изменчивостью. Индивидуальные различия размеров, формы максимально выражены в пожилом и старческом возрастах. У новорожденных детей в железах желчного пузыря при атрезии пузырного протока по сравнению с нормой существенно изменяются, что проявляется в уменьшении ширины и длины начальных отделов, количества начальных частей в их составе.

В 2012 по решению Ученого Совета кафедры патологической анатомии и судебной медицины объединили в одну кафедру и ею заведовал д.м.н. Хушкадамов З.К. Сотрудники кафедры занимались вопросами изменения внутренних органов при термических поражениях. С августа 2016 года по решению Ученого Совета ТГМУ им Абуали ибни Сино заведующим кафедрой назначен доцент Шарипов Х.Ю. Была утверждена научная тема кафедры «Патоморфологическая характеристика и ранняя диагностика опухолевых поражений органов желудочно-кишечного тракта», за период с 2016 года сотрудниками кафедры опубликовано более 20 научных работ, в том числе в престижном журнале «Вестник Авиценны» и в журнале «Авчи Зухал». В 2019 году кафедру по программе взаимопомощи посетила профессор, заведующая кафедрой патологической анатомии и судебной медицины КГМА Республики Казахстан Тусупбекова М.М., которая читала лекции и проводила практические занятия со студентами и молодыми преподавателями. Сотрудники кафедры – старший преподаватель Тагойкулов Э.Х и ассистент Мирзоева С.Р. прошли апробацию и готовятся к защите своих научных работ. На кафедре лекции читают доцент Шарипов Х.Ю., старший преподаватель Тагойкулов Э.Х, ассистенты с большим стажем работы Масаидова Л.В., Мирзоева С.Р., Салимова Н.К. на двух языках. Студентам иностранцам и бакалаврам на английском языке читают

лекции ассистенты Хабилова С.З., Джураев О.С. Лекции читаются с презентациями, демонстрируются таблицы, приводятся примеры из практики патологоанатомов. Студенты участвуют при аутопсиях в морге судебно-медицинской экспертизы, при подготовке гистологических срезов в гистологической лаборатории. А также, студенты на практических занятиях изучают макропрепараты, описывают их, изучают микропрепараты, зарисовывают их в своих альбомах, решают ситуационные задачи. В каждой учебной комнате имеются микроскопы для микропрепаратов. В настоящее время на кафедре работают доцент Шарипов Х.Ю., старший преподаватель Тагойкулов Э.Х., ассистенты Масаидова Л.В, Мирзоева С.Р., Салимова Н.К, Аскаралizada Ф. Курбонова И.Ш., Курбонова И.Ш., Рахмонова М.К., Махмадалиева Г.С, Имомназарова Н.А, Абдуллоева Ф., Ахмедова Р.Р., Гадоева М.А, Козлова Т.Ю. и совместители из числа опытных специалистов. На кафедре прошли первичную специализацию 2 врачей, закончил ординатуру 1, интернатуру - 1 и в настоящее время один проходит клиническую ординатуру, один гражданин Исламской Республики Афганистан зачислен в магистратуру.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ПРОПЕДЕВТИКИ ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ И ВКЛАД РУКОВОДИТЕЛЕЙ В ЕЕ РАЗВИТИЕ

Бабаева Л.А.

Кафедра пропедевтики детских болезней ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». Таджикистан

Основоположником Таджикской педиатрической школы является профессор Семён Яковлевич Шаферштейн, который в 1941-1942 учебном году возглавил кафедру детских болезней в Таджикском государственном медицинском институте имени Абуали ибни Сино. Многие годы профессор Шаферштейн С.Я. заведовал кафедрой педиатрии Харьковского медицинского института, а также возглавлял Украинский государственный институт охраны материнства и младенчества. Им было опубликовано более 100 научных работ, а также монография по вопросам ревматизма. Научные исследования определялись требованиями того времени. Многие работы были посвящены изучению малярии, так как заболеваемость в стране была высокая, а также изучению разных форм дистрофий и анемий, авитаминозам и другим хроническим расстройствам питания.

С 1945 по 1953 гг кафедрой детских болезней заведовал профессор Широков Сергей Филатович, который имел большой опыт педагогической и научно-исследовательской работы по педиатрии в Воронежском медицинском институте. Кандидатская диссертация была посвящена прогнозу и последствиям эпидемического церебрально-спинального менингита у детей. Докторская диссертация, которую профессор Широков С.Ф. успешно защитил в 1947 году, посвящена клиническим особенностям комбинированных форм малярии у детей.

С 1953 по 1962 гг кафедрой детских болезней заведовал заслуженный деятель науки Таджикистана, профессор Вайль Виталий Самуилович, который приехал в Таджикистан из г. Ленинграда. Профессор Вайль В.С. в течение многих лет вёл педагогическую и научную работу в ведущем ВУЗе СССР – на кафедре педиатрии Военно-медицинской Академии под руководством академика Маслова М.С. и профессора Тура А.Ф. По инициативе профессора В.С. Вайль была построена детская клиническая больница №2 (г. Душанбе), которая стала новой базой для создающегося впервые педиатрического факультета. По инициативе профессора В.С. Вайль, с целью подготовки высококвалифицированных медицинских кадров по педиатрии, впервые в республике в 1954 году была введена субординатура по педиатрии и клиническая ординатура, что способствовало развитию кадрового потенциала в деле улучшения медицинской помощи детскому населению.

В 1958 году в связи с необходимостью улучшения и расширения службы детского здравоохранения, увеличения потребности в педиатрах, в республике был создан педиатрический факультет. На факультете было сформировано 5 кафедр педиатрического профиля:

1. Кафедра пропедевтики детских болезней
2. Кафедра факультетской педиатрии
3. Кафедра госпитальной педиатрии
4. Кафедра детских инфекционных болезней
5. Кафедра детской хирургии.

Отсчёт образования самостоятельной кафедры пропедевтики детских болезней на педиатрическом факультете Таджикского государственного медицинского института имени Абуали ибни Сино ведётся с мая 1959 года. Первой заведующей кафедрой пропедевтики детских болезней была избрана к.м.н., доцент Левина Галина Ефимовна, которая приехала в Таджикистан добровольно после окончания Ленинградского медицинского института в 1929 году, вместе со своим супругом – д.м.н., профессором Монаковым Николаем Засимовичем, который впоследствии стал организатором хирургической службы в Таджикистане и заведовал кафедрой госпитальной хирургии.

Г.Е.Левина была одним из первых детских врачей, которой пришлось быть пионером в организации педиатрической службы в Таджикистане. Начав свою деятельность в г. Канибадаме вела большую разъяснительную и просветительную работу среди женщин местного населения по вопросам ухода за детьми раннего возраста. Г.Е. Левина принимала активное участие в организации и деятельности Канибадамского медицинского техникума. С 1935 года начинается плодотворная научная и лечебная деятельность Г.Е.Левиной в г. Душанбе. Вначале она работает в качестве врача детского диспансера, в мае 1936 года, по приказу Горздрава, на неё возлагается ответственность за лечебную работу «Дома малютки», с 1938 г. – заведует отделением новорожденных в родильном доме. Наряду с лечебной работой, Г.Е. Левина занималась и педагогической деятельностью в медицинском техникуме г. Душанбе. В Таджикском государственном медицинском институте им. Абуали ибни Сино в 1942 году Г.Е. Левина была избрана на должность ассистента кафедры педиатрии, которой руководил профессор Шаферштейн С.А. В 1953 году Г.Е. Левина защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Коматозная малярия у детей», имевшая в тот период большое научно-практическое значение в условиях высокой заболеваемости малярией среди детского

населения. Эта была первая научная работа, которая была защищена в Таджикском государственном медицинском институте имени Абуали ибни Сино по педиатрии. Первыми ассистентами кафедры пропедевтики детских болезней, возглавляемой Г.Е. Левиной, были – С.М. Кабулова, М.Ш. Мухаммадиева и Т.Л. Россовская. Г.Е. Левиной было опубликовано более 50 научных работ, посвященных актуальным вопросам педиатрии. Под её руководством было защищено 6 кандидатских диссертаций. Г.Е. Левина, открыв детское гематологическое отделение, первая диагностировала гемолитические анемии. Г.Е. Левина – активный общественный деятель, в течение нескольких лет была депутатом районного и городского Совета депутатов трудящихся, а с 1963 года была избрана председателем общества детских врачей Таджикистана. Г.Е. Левина была награждена правительственными наградами, почётными грамотами Верховного Совета Таджикской ССР, двумя медалями, знаком «Отличник здравоохранения СССР», а также имела звание «Заслуженный врач Таджикской ССР».

С 1969 по 1974 гг кафедрой пропедевтики детских болезней заведовала к.м.н., доцент Кабулова Софья Мирзоташевна. Тема кандидатской диссертации Кабуловой С.М. была посвящена особенностям течения гломерулонефрита у детей раннего возраста в условиях сухого и жаркого климата Таджикистана (1968г). Базой кафедры была детская клиническая больница №2, рассчитанная на 120 коек. Коллектив кафедры, насчитывающий 4 человека, параллельно с педагогической работой регулярно оказывал шефско - консультативную помощь базовой клинике, двум поликлиникам г. Душанбе, а также Кулябской области. Научная работа кафедры пропедевтики детских болезней под руководством Кабуловой С.М. включала изучение клиники, терапии и профилактики стафилококковой инфекции у детей раннего возраста. Изучение указанной проблемы легло в основу кандидатской диссертации Абдурахмановой Марьям Вахидовны, которая всю свою трудовую деятельность посвятила кафедре пропедевтики детских болезней. Сотрудники кафедры - Умарова Н.У., Сангинова А.И. и Абдурахманова М.В. – работали на кафедре со дня её основания.

Г.Е. Левина, у которой Кабулова С.М. была первым ассистентом кафедры, называла её большой помощницей и опорой и была в её глазах человеком дела с даром здравого смысла.

С 1974 по 1977 гг кафедрой пропедевтики детских болезней руководил д.м.н., профессор Красногорский Николай Николаевич. В годы своей деятельности он продолжал улучшать учебную и научно – исследовательскую работу кафедры.

С 1977 по 1983 гг кафедрой заведовала к.м.н., доцент Сангинова Александра Ивановна. В годы её деятельности кафедра с базы детской клинической больницы № 2 была переведена на базу детской клинической больницы № 1. Соответственно изменению количества сотрудников (9 человек) возрос и объём выполняемой работы. Коллективом кафедры были подготовлены и изданы методические пособия и рекомендации для студентов 3 курса педиатрического факультета. Кафедра курировала 3 поликлиники и Дом ребёнка № 2, шефско – консультативная помощь охватывала г. Ленинабад и 3 района Ленинабадской области. Научно-исследовательская работы кафедры была направлена на изучение состояния здоровья детей дошкольного возраста.

С 1983 по 1998 гг кафедрой пропедевтики детских болезней заведовал д.м.н., профессор Вялушкин Борис Яковлевич, который работал в НИИ педиатрии РАМН г. Москвы. В годы его деятельности активизировалась научно-исследовательская работа. Научно – исследовательская работа кафедры была посвящена вопросам часто болеющих детей, хронических расстройств питания, бронхо - лёгочной патологии, региональными особенностями рахита у детей. По инициативе профессора Вялушкина Б.Я. в научно- исследовательском институте профилактической медицины МЗ РТ было основано отделение «Иммунологии». Под руководством профессора Б.Я. Вялушкина защищено 13 кандидатских и 3 докторские диссертации (Азизов А.А., Умарова З.К., Щиголев В.В.). Под редакцией профессора Вялушкина Б.Я. был издан учебник по пропедевтике детских болезней для студентов 3 курса, методические рекомендации и ряд монографий.

С января 1995 года кафедра пропедевтики детских болезней с ДКБ № 1 г. Душанбе была переведена на базу ДКБ № 2 в связи с объединением с кафедрой факультетской педиатрии. Была основана одна кафедра - факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней. В 1997 г. в связи с ликвидацией педиатрического факультета была ликвидирована и кафедра факультетской педиатрии. С 1997 года по настоящее время при Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибни Сино функционирует кафедра пропедевтики детских болезней.

С 1998 по 2010 гг кафедрой пропедевтики детских болезней заведовал д.м.н. Азизов А.А. Будучи заведующим кафедрой в 2000 году он завершил свою научную работу и успешно защитил докторскую диссертацию на тему : «Хронические гастроудодениты и язвенная болезнь у детей Таджикистана». Азизовым А.А. было опубликовано более 100 научных трудов и методических рекомендаций на русском и государственном языках, посвященным таким важным проблемам педиатрии как оценка качества жизни детей с пиелонефритом, патология дыхательной и пищеварительной системы у детей, а также особенностям течения заболеваний мочевыделительной системы у детей. Под руководством Азизова А.А. успешно защищены – 1 докторская и 2 кандидатская диссертации. Были опубликованы 4 руководства для студентов и медицинских работников в области педиатрии. Коллектив кафедры состоял из 10 сотрудников, из них 2 доктора наук, 3 кандидата наук и 5 ассистентов.

За годы существования кафедры пропедевтики детских болезней коллективом кафедры было опубликовано более 600 научных трудов. Азизов А.А. за период своей деятельности на кафедре поднял уровень учебно-воспитательной и научно-исследовательской работы, внёс значительный вклад в дело подготовки высококвалифицированных научно-педагогических кадров. С 2010 года по настоящее время заведует кафедрой пропедевтики детских болезней к.м.н., доцент Бабаева Л.А., которая в 1996 году защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Факторы риска и особенности течения калькулёзного пиелонефрита у детей». Бабаева Л.А. автор 180 научных работ, в том числе 1 учебника, 10 учебных пособий, 32 учебно-методических рекомендаций и 3 клинических протоколов, опубликованных на русском, таджикском и английском языках.

На данном этапе на кафедре работают 18 сотрудников:

Бабаева Л.А. – заведующая кафедрой, Якубова З.Х. – профессор кафедры, Рахманова Г.А. – доцент кафедры, Хайдарова О.Ф. – старший преподаватель (к.м.н.), Ходжаева О.Т. – старший преподаватель, Абдуллаева Н.А. – ассистент (к.м.н.), ассистенты кафедры – Кадырова М.Р., Бобоева Х.А., Хомитова М.А., Рахимов Т.И., Астанакулов С.Р., Ашурова Н.П., Рахматуллаева М.А., Муродова Ф.С., Касымова П.В., Мирзоева Ш.С. и 2 совместителя – Рабиева М.С. и Нагзибекова Д.Д.

Основными интересами научной деятельности кафедры с 2013 года являлось питание детей раннего возраста. По завершении темы НИР соискатель кафедры Гафуржанова Х.А. под руководством заведующей кафедрой Бабаевой Л.А., успешно защитила кандидатскую диссертацию, были опубликованы методические рекомендации по питанию детей раннего возраста на 3-х языках. В 2013 году, под руководством Бабаевой Л.А., на базе ДКБ № 2 г. Душанбе были завершены и успешно защищены 2 дипломные работы магистров из Гёттербургского Университета Швеции.

Профессор кафедры, доктор медицинских наук Якубова Зайнаб Халимовна работает на кафедре с 2008 года. В 1973 году защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Особенности эндокринопатий у детей с нарушениями роста». С 1969 по 1978 гг – ассистент кафедры госпитальной и факультетской педиатрии Таджикского государственного медицинского института имени Абуали ибни Сино. С 1978 по 2000 гг – доцент кафедры эндокринологии. В 1999 году Якубова З.Х. успешно защитила докторскую диссертацию на тему: «Сахарный диабет у детей в Таджикистане». С 2000 по 2003 гг – профессор кафедры эндокринологии. С 2003 по 2008 гг – заведующая кафедрой детских болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. Профессор Якубова З.Х. в течение многих лет являлась внештатным детским эндокринологом МЗ РТ. Она является автором более 150 научных работ. Под её руководством были защищены 5 кандидатских диссертаций.

Сотрудниками кафедры успешно осуществляется работа по следующим научным направлениям: аллергология-иммунология детского возраста, пульмонология детского возраста, нефрология детского возраста, детская гастроэнтерология и эндокринология, особенности течения заболеваний при хронических расстройствах питания, патология раннего возраста. Основное направление научной деятельности кафедры в настоящее время - проблема приобретенных заболеваний мочевыделительной системы у детей. Сотрудники кафедры принимали участие в работе Международных симпозиумов, съездов, конгрессов, а также знакомилась с зарубежными клиниками детских болезней. Студенческим научным кружком руководила к.м.н., доцент Рахманова Г.А. Студенты активно участвуют в исследовательской работе по основным научным направлениям кафедры, выступают с докладами на итоговых научных конференциях молодых ученых, региональных и международных конференциях, занимали призовые места не только на университетских конференциях, но и за рубежом. За последнее десятилетие было опубликовано 35 тезисов. Научные достижения кафедры представлены в рецензируемых журналах ВАК.

С 2016 года клинической базой кафедры является ГУ «Комплекс здоровья Истиклол». Сотрудники кафедры осуществляют консультативную помощь в 7 корпусе в 13 детских соматических отделениях, рассчитанных на 219 коек:

1. Отделение гемодиализа – 4 койки
2. Отделение нефрологии №1 – 20 коек
3. Отделение нефрологии №2 – 20 коек
4. Отделение гастроэнтерологии – 20 коек
5. Отделение кардиологии – 20 коек
6. Отделение пульмонологии – 20 коек
7. Отделение аллергологии – 20 коек
8. Отделение маловесных детей – 15 коек
9. Септическое отделение – 20 коек
10. Отделение эндокринологии – 20 коек
11. Отделение неврологии – 20 коек
12. Отделение «Мать и дитя» – 14 коек
13. Отделение реанимации - 6 коек

Кафедра работает в тесном контакте с учреждениями здравоохранения города и области.

За особые заслуги в 2018 году руководство ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» наградила кафедру грамотой «За плодотворную деятельность и лучшее оформление кафедры».

От пропедевтического ухода за ребенком до понимания норм здорового ребенка и его вскармливания, от первого знакомства с больничной обстановкой до воспитания любви к избранной профессии - вот первостепенные задачи, которые коллектив кафедры пропедевтики детских болезней ставит перед собой. Проходят годы, но кафедра живет активной преподавательской и научной жизнью, постоянно наращивая темпы. Для сотрудников кафедры 2019 год - юбилейный: 80 лет с момента организации ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» и 60 лет со дня основания кафедры пропедевтики детских болезней. Сформировались как специалисты - педагоги и молодые врачи. Совместно с ветеранами кафедры пропедевтики детских болезней они укрепляют ее позиции. Вопросы преподавания базисной для каждого педиатра дисциплины - пропедевтики детских болезней - остаются приоритетными в деятельности кафедры, руководствующейся тезисом, высказанном Г.А. Захарьиным: «Какие цели должно преследовать клиническое преподавание? - Чтобы слушатели делались практическими деятелями как можно скорее и как можно совершеннее...». И сегодня коллектив кафедры пропедевтики детских болезней полон новых замыслов и его творческий потенциал неистощим.

ОЧЕРК ИСТОРИИ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ИМ. ПРОФ. М.Г.ГУЛЯМОВА ТГМУ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО

Шарапова Н.М.

Кафедра психиатрии и наркологии им. проф. М.Г. Гулямова ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

В сентябре 2019 года исполнилось 76 лет кафедре психиатрии и наркологии имени профессора М.Г. Гулямова Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. Первым заведующим кафедрой был московский психиатр, находившийся в тот период времени в эвакуации, профессор М.Д.Серейский, 24 марта 1944 года после его выезда в Россию на эту должность был назначен профессор А.К.Стрелюхин, который заведовал кафедрой до 6 августа 1951 года. После отъезда А.К.Стрелюхина в город Рязань кафедра психиатрии была реорганизована в курс психиатрии, который с 26 августа 1951 года по 19 августа 1954 года руководила доцент Ф.М.Лисица, до того проработавшая многие годы на кафедре нервных болезней Сталинабадского медицинского института. С сентября 1956 года по апрель 1960 года курс психиатрии возглавляла доцент А.Я.Левинсон. В апреле 1960 г. приказом министра здравоохранения Таджикской ССР курс психиатрии Таджикского госмединститута был реорганизован в кафедру психиатрии, по конкурсу заведующим кафедрой был избран к.м.н. М.Г.Гулямов, впоследствии – д.м.н., профессор, член-корреспондент АМН СССР, РФ, который возглавлял кафедру психиатрии и медицинской психологии до 6 мая 1996 года, в 1996-1997годах исполнял обязанности заведующего кафедрой к.м.н. А.А.Байбабаев, с 1997года по настоящее время кафедру возглавляет д.м.н., профессор Н.М.Шарапова.

Коллектив кафедры состоит из заведующей – д.м.н., профессора Н.М.Шараповой, ассистентов – И. Исмоилова, З.Х.Нисанбаевой, З.Д.Кадыровой, М.С.Шароповой, Ш.С.Махмадназарова, Е.И.Кокнаевой, А.А.Назарова, А.А.Тагоева, И.Камолова, лаборанта К., заочного аспиранта А.Р.Джобирова, соискателя Ш.М.Гулямова, интерна В.Б.Хакимова.

Несмотря на то, что первые научные исследования в области психиатрии в Таджикистане были выполнены А.К. Стрелюхиным и посвящены проблемам гашишамании и инфекционных малярийных психозов, начало систематической разработки актуальных проблем психиатрии и наркологии относится к концу 50-х - началу 60-х гг. Результаты научных исследований коллектива кафедры за истекшие годы, обобщенные, в более чем 40 диссертационных исследованиях, в 22 монографиях и 25 тематических сборниках, получили признание не только в бывшем СССР, но и далеко за его пределами. Свидетельством этого, в частности, является выбор г.Душанбе местом проведения международных форумов психиатров (Всесоюзные конференции - 1967,1969,1971,1974,1983гг.; Советско-болгарский симпозиум - 1980 г.; Международный семинар Всемирной организации здравоохранения по безопасному применению наркотических и психотропных средств - 1979 г. и др.). По итогам научных исследований по проблеме синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо и эпилептических психозов профессору М.Г.Гулямову была присуждена Государственная премия Республики Таджикистан в области науки и техники имени Абуали ибни Сино (1977 г.), доценту И.Р.Хасанову за исследования в области алкогольных психозов - премия Ленинского комсомола Таджикистана (1977г.).

Вопросы совершенствования преподавания психиатрии студентам лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов и факультета общественного здравоохранения всегда находились в центре внимания коллектива кафедры. Практические занятия по психиатрии проводятся в шести тематических учебных комнатах: клиническая психопатология, эпилепсия, наркологические заболевания, шизофрения, организация психиатрической помощи, лечение психических заболеваний. В процессе преподавания широко применяются технические средства обучения (мультимедийное оборудование, учебные фильмы по общей и частной психиатрии, а также медицинской психологии и наркологии). В учебном процессе успешно используются составленные сотрудниками кафедры учебно-методические разработки и методические рекомендации на таджикском, русском и английском языках. Особое внимание на практических занятиях уделяется приобретению студентами навыков, необходимых врачу любой специальности, в частности, зондового кормления, освоению способов купирования психомоторного возбуждения, эпилептического статуса, алкогольных психозов, часто возникающих в условиях соматического стационара при воздержании больных от приема спиртного. Весьма важным является овладение практическими навыками проведения клинической и лабораторной экспертизы алкогольного и наркотического опьянения.

В 1993 году издательство “Маориф” выпустило в свет тиражом 13 тысяч экземпляров учебник профессора М.Г.Гулямова "Психиатрия", допущенный Министерством здравоохранения Республики Таджикистан в качестве учебника для студентов медицинских факультетов университетов.

Последние годы коллектив кафедры осуществляет большую работу по подготовке к изданию учебников и учебно-методических пособий на таджикском языке. В 1996 году вышли в свет упомянутый учебник профессора М.Г. Гулямова на таджикском языке, а также учебник по общей, возрастной и медицинской психологии, подготовленный коллективом авторов СМ.Г.Гулямов, А.В.Погосов, З.Ф.Коломиец), в 2003 году издан учебник «Психология» профессора Н.М.Шараповой на русском языке, а в 2013году – на таджикском языке. Кроме того комитетом по терминологии АН Республики Таджикистан рекомендован к печати русско-латинско-таджикский словарь психиатра, предназначенный для врачей и студентов высших медицинских учебных заведений.

В интенсивной разработке актуальных проблем психиатрии и наркологии, совершенствовании учебного процесса большую роль сыграла организованная в 1967 г. при кафедре аспирантура по психиатрии. За истекший период её успешно окончили с защитой диссертации аспиранты очного и заочного обучения Л.П.Яковлева, И.Р.Хасанов, В.Ф.Коломиец, В.В.Бессонов, А.Б.Мамкин, С.Т.Тураев, Б.М.Асадов, А.В.Погосов, Х.Н.Халиков, А.Ф. Назаров, Э.К. Кенджаев, А.А.Байбабаев, В.В.Захаров, Д.Я.Гендлин, М.А.Хидиров, И.С.Сочивко, И.Д.Машарипов, А.М.Сулейманов, И.В.Павленко, К.Н.Юсупов, Н.Н.Демидова, Д.М.Мухамадиев, М.Н.Малахов, Т.А.Шарипов и другие. На кафедре успешно осуществляется также подготовка кандидатов и докторов наук в порядке соискатель-

ства. Так, без отрыва от производства выполнили и защитили кандидатские диссертации З.Т. Григорьянц, Б.Я. Рахманов, А.И. Субботин, С.З. Назаров, Ю.М. Бухман, С.С. Самадов, В.Н. Шомахмудов, Н.Я. Галесник, Л.К. Мыслицкая, Б.С. Альдельдяев, И.Н. Ниязов; докторские - А.В. Погосов, Б.М. Асадов, Н.М. Шарапова, Д.М. Мухамадиев. Таким образом, за истекший период на кафедре психиатрии Таджикского госмедуниверситета имени Абуали ибни Сино выполнены и защищены 37 кандидатских, 6 докторских диссертаций - М.Г. Гулямов - 1955г.; А.А. Левинсон - 1986г.; А.В. Погосов - 1992г., Б.М. Асадов - 1994г., Н.М. Шарапова - 2002г., Д.М. Мухамадиев - 2006г.). В настоящее время на кафедре выполняется три кандидатских диссертаций (Ш.М. Гулямов, А.Р. Джобиров, Н.В. Маликов).

В 1991-2011 гг. кафедра внесла значительный вклад в научные исследования важнейших проблем клинической психиатрии и наркологии: синдромообразования, шизофрении, зависимостей от психоактивных веществ и суицидов. Их результаты доложены на международных (США, Иран, Франция, Испания, Нидерланды, Индия, страны СНГ), Республиканских научно-практических конференциях и форумах. Большую научно-практическую ценность представляют исследования сотрудников кафедры, посвященные изучению перемен в клинике алкогольных психозов, обусловленных истинным патоморфозом. Исследования, посвященные патоморфозу белой горячки и острого алкогольного галлюциноза, позволили установить уменьшение удельного веса клинических психопатологических проявлений и изменение тематики, расширение круга психопатологических феноменов, не входивших в число постоянных и обязательных (**кандидатские диссертации Шараповой Н.М., Халикова Х.У., Назарова А.Ф. Сулейманова А.М. 1986-1992гг.**). Одно из исследований посвящено разработке параклинических методов диагностики хронического алкоголизма (**кандидатская диссертация Павленко И.В. - Исследование сенсibiliзирующей к алкоголю активности производных дитиокарбаминовой и ксантогеновой кислот, 1991г.**). Изучение клинических и социально-демографических характеристик больных алкоголизмом, совершивших противоправные и суицидальные действия, способствовало разработке ряда организационных и терапевтических мероприятий по их профилактике (**кандидатская диссертация Ниязова И.Н. - Клиническая и социально-демографическая характеристика больных алкоголизмом, совершивших аутоагрессивные действия, 1992г.**).

В докторской диссертации Шараповой Н.М. (**Структурно сложные алкогольные психозы с острым течением, 2002г.**) впервые на репрезентативном клиническом материале была обоснована и подтверждена верифицированным клинко-катамнестическим исследованием возможность развития в структуре острых алкогольных психозов эндоморфной симптоматики как проявление их патоморфоза. На основании результатов исследования была предложена клиническая систематика острого алкогольного делирия и острого алкогольного галлюциноза с учетом разнообразной продуктивной психотической симптоматики в их структуре.

Исследования, посвященные проблеме шизофрении, позволили выявить и описать особенности проявления и течения шизофрении у коренных жителей средне- и высокогорья Памира, установить, что при воздействии на организм больного комплекса факторов высокогорья, среди которых ведущая роль принадлежит гипоксии, болезнь протекает тяжелее, чем у жителей низкогорья (**кандидатская диссертация Юсупова К.Н. - Клинические и типологические особенности шизофрении у коренных жителей средне и высокогорья Памира, 1995**).

В докторской диссертации Асадова Б.М. (**Активный вариант синдрома Кандинского - Клерамбо при шизофрении, 1994г.**) впервые проведено исследование по изучению активного варианта синдрома Кандинского - Клерамбо - Гулямова, где в отличие от классического у больных появляется убеждение, что они в силу внезапно наступившего обогащения личности ранее не свойственными ей качествами, могут влиять на различные стороны психической деятельности окружающих.

Поиск новых эффективных немедикаментозных методов устранения терапевтической резистентности больных шизофренией является по сей день одной из актуальных задач современной психиатрии. В кандидатской диссертации Демидовой Н.Н. (**Низкоинтенсивное лазерное излучение в комплексной терапии резистентных форм параноидной шизофрении, 1994г.**) проведенное клинко-терапевтическое и катамнестическое исследование показало, что включение низкоинтенсивного лазерного облучения крови в комплекс терапевтических мероприятий больных с разными формами шизофрении эффективно для преодоления терапевтической резистентности к психотропным препаратам, а также доказало, что лазеротерапия статистически достоверно снижает сроки госпитализации больных и увеличивает продолжительность терапевтических ремиссий у них. **Докторская диссертация Мухамадиева Д.М. «Социо – культуральные особенности, клинко-психопатологическая и медико-социальная реабилитация репатрированных таджикских женщин – беженок» (2003г.)** посвящена изучению состояния психического здоровья репатрированных женщин-беженок из Таджикистана. Диссертантом выявлено преваширование тяжелой депрессии в психопатологической структуре психических расстройств обследованных и разработаны реабилитационные мероприятия.

Погосовым А.В. в докторской диссертации (Опийные наркомании, клинческие, патохимические и терапевтические аспекты, 1992г.), в результате комплексного многофакторного исследования больных опийной наркоманией предложено новое понимание сущности синдрома патологического влечения к опиатам, представляющего сложной психопатологическое образование и включающего комплекс идеаторных, аффективных, астенических, соматовегетативных, сенсорных и поведенческих компонентов. Исследованиями клинко-динамических и социально-демографических показателей больных наркоманиями установлена четкая тенденция к распространению наркомании среди лиц молодого возраста, с высоким уровнем образования. Сохранным социальным и трудовым статусом, наследственной отягощенностью наркологическими заболеваниями, акцентуациями характера. Впервые обоснованы социально-демографические и клинческие критерии, прогнозирующие исход наркомании в кандидатской диссертации Сочивко Н.С. (**Прогностическое значение клинческих и социально-демографических характеристик больных наркоманией, 1992г.**).

По результатам кандидатской диссертации Айдельдяева Б.С. (**Клинко-биохимические критерии ранней диагностики гашишной наркомании, 1994г.**) в том же году издана книга «Наркомании» под редакцией проф. Гулямова М.Г., в которой приведены ранее неизвестные клинческие, патобиологические и терапевтиче-

ские аспекты гашишной и опийной наркомании. Надо отметить, что эта книга и сегодня является настольной для врачей-психиатров, врачей-наркологов. В кандидатской диссертации Малахова М.Н. (**Клинико-динамические и социо-культуральные особенности наркомании в Республике Таджикистан, 2011г.**) впервые выявлены этнокультуральные особенности наркомании среди лиц мусульманской и славянской национальностей и с учетом этого предложены адекватные методы социальной адаптации наркоманов. В 2013 году им издана монография по результатам исследования. В настоящее время планируется защита кандидатской диссертации Маликова Н.В. «Клинико-социальные аспекты алкоголизма в РТ», посвященная изучению различных аспектов алкоголизма.

В 2009 году сотрудники кафедры под руководством Нисанбаевой З.Х. при техническом содействии ВОЗ провели крупномасштабное исследование среди молодежи страны по табакокурению (обследовано 6000 человек), результаты которого легли в одно из направлений проекта Национальной Стратегии РТ по психическому здоровью (2010 - 2011г.).

Впервые в независимом Таджикистане в 2009 году открыт Центр реабилитации наркоманов, в котором больные после стационарного лечения получают медико-социальную реабилитацию - навыки адаптации к обществу, нетрадиционные методы терапии, трудотерапию.

Сегодня психиатры-наркологи Таджикистана разрабатывают новые методы лечения наркомании, изучают этнокультуральные особенности психического здоровья в стране, а также завершили научное исследование, посвященное изучению причин самоубийств. Как известно, суициды продолжают оставаться одной из наиболее острых медико-социальных проблем современности во всем мире, в том числе в нашей стране. Это, несомненно, связано со сложностями периода социально-экономических реформ в РТ, когда значительная часть населения подверглась воздействию интенсивных стрессов, способствовавших возникновению различных форм психической дезадаптации, в том числе и суицидального поведения, что подтверждается результатами вышеупомянутого исследования, которое проводится сотрудниками кафедры психиатрии и наркологии им. проф. М.Г. Гулямова в настоящее время. Истоки этой злободневной проблемы заложены в кандидатской диссертации Мухамадиева Д.М. «**Этническая, клиническая и социо – демографическая характеристики женщин – таджиков, совершивших аутоагрессивные действия путем самосожжения**» (1998г.), в которой впервые была доказана корреляционная связь между характерологическими особенностями женщин-суициденток и способом самоубийства в виде самоубийства. В 2015 году Шарипов Т.А. защитил кандидатскую диссертацию «**Клинико-социальные и этнокультуральные особенности суицидов в РТ**», им проведено комплексное изучение причин самоубийств в республике, изучены социокультуральные особенности суицидов среди лиц коренной и других национальностей, разработаны профилактические мероприятия для семей, имеющих психически больных с суицидальными тенденциями. По результатам проведенного исследования в 2017 году профессором Шараповой Н.М. и к.м.н. Шариповым Т.А. издана монография «Суициды в РТ и их профилактика».

В 2016 году заочным магистром кафедры – гражданином Республики Йемен Абдулла Халед Абду Исмаил Аль-Шараби защищена магистерская диссертация на тему «**Клинико-социальные особенности аутоагрессивных действий психических больных отдельных регионов Республики Йемен**», также в 2016 году под руководством проф. Шараповой Н.М. издана одноименная книга. На кафедре много лет работает научно-студенческий кружок, члены которого ежегодно выступают с докладами на научно-практических конференциях, проводимых университетом, в текущем году 6 докладов было принято к участию в международной конференции психиатров в городе Самарканде РУ.

Подводя итоги научной деятельности сотрудников кафедры, нельзя не сказать об их законотворческой деятельности. В 1994 году проф. Гулямов М.Г. разрабатывает Законопроект РТ «О психиатрической помощи», который после широкого обсуждения специалистами, международной экспертизы (со стороны независимых экспертов голландского отделения «Врачи без границ»), был принят Парламентом страны в 2002 году. Закон направлен на обеспечение граждан РТ, страдающих психическими расстройствами, медицинской и социальной помощью, улучшение условий их жизни и труда.

В 2004 году по инициативе психиатров-наркологов страны, в том числе сотрудников кафедры, разработан и принят Закон РТ «О наркологической помощи», в котором в отличие от предыдущего, постсоветского, лечение всех видов зависимостей стало добровольным. Новый Закон предполагает проведение заместительной терапии наркозависимым в качестве альтернативного лечения. Сегодня практически по всей стране полным ходом идет реализация пилотного проекта «**Внедрение заместительной терапии метадонном**», который успешно применяется во многих странах СНГ и Евросоюза. В работе проекта задействованы высококвалифицированные специалисты, обученные в странах СНГ и дальнего зарубежья.

В 2006 году при непосредственном участии сотрудников кафедры были вновь организованы психолого-медико-педагогические комиссии, в состав которых вошли специалисты, прошедшие обучение в постсоветских странах: Казахстане, Грузии, Литве.

В 2019 году сотрудники кафедры организовали и провели совместно с немецкими коллегами семинар на тему «Работа с жертвами домашнего насилия, посттравматологии и посттравматического стрессового расстройства». Ассистенты кафедры И.Исмоилов, З.Д.Кадырова активно участвуют в работе СМИ, посвященной проблемам психического здоровья. Воспитанники кафедры работают сегодня во всех уголках мира: Россия, Украина, Белорусия, Казахстан, Азербайджан, Узбекистан, Литва, США, Израиль, Англия, Иран, Франция, Германия...

В завершении хотелось бы отметить сотрудников кафедры, чьи заслуги высоко отмечены правительством страны в разные годы:

1. Профессор, д.м.н. М.Г. Гулямов - Дважды Орден «Знак Почёта» (1961г.,1981), звание «Заслуженный врач Таджикской ССР», Орден Октябрьской Революции (1971г.), почётное звание «Заслуженный деятель науки Таджикской ССР» (1974.), лауреат Государственной премии им. Абуали ибн Сино в области науки и техники

(1977г.), Почетная Грамота Президиума Верховного Совета Таджикской ССР(1979г.), Почетный Знак «Отличник Министерства химической промышленности Народной Республики Болгарии» (1980г.), Орден Ленина (1991 г.)

2. Доцент, к.м.н. И.Р. Хасанов - Премия Ленинского Комсомола Таджикистана (1978г.)

3. Доцент, к.м.н. Б.Я. Рахминов– Почетное звание «Заслуженный врач Таджикской ССР» (1985г.)

4. Доцент, к.м.н. В.Ф. Коломиец– Почетная Грамота Президиума Верховного Совета Таджикской ССР(1988г.).

5. Профессор, д.м.н. Н.М.Шарапова Н.М. – «Почетная Грамота Министерства здравоохранения СССР» (1990г.), «Отличник здравоохранения СССР» (1991г.), Международная премия им. Дж. Мэнна (2003г.), Почетный знак XVI сессии Верховного Совета Республики Таджикистан, «Отличник образования РТ»(2010), орден «Шараф» (2011г.).

6. Ассистенты И.Исmoilов, М.Н.Малахов, Е.И.Кокнаева, А.А.Фаттохов – «Отличник здравоохранения РТ» (2006-2017гг.)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РУССКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПУТЁМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ ЯЗЫКУ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

У. Р. Юлдошев, зав. кафедрой русского языка

ТГМУ им. Абуали ибни Сино, доктор педагогических наук, профессор

Совершенствование обучения русскому языку в вузах Республики Таджикистан по-прежнему остается одной из важнейших задач высшего образования. В настоящее время основной задачей современного образования является формирование специалиста, соответствующего новым реалиям жизни и профессиональной деятельности.

Задачи подготовки специалистов с высшим образованием определяют коммуникативно-практический характер курса – коррекцию, формирование и развитие речевых навыков аудирования и говорения – диалогической и монологической речи, чтения и письма (умение воспринимать информацию на слух, конспектирование и реферирование литературы по специальности на русском языке, подготовка научных докладов и сообщений, участие в дискуссиях, оформление деловых бумаг: заявления, автобиографии, расписки, протокола, доверенности и т.д.). Ведущей целью и основной задачей кафедры является высококвалифицированное преподавание русского языка, постоянное совершенствование процесса обучения языку специальности на основе достижений современной методики и передового педагогического опыта.

За период с 1989 по 2009 годы научная деятельность кафедры проводилась по теме: «Совершенствование содержания и методов обучения русскому языку в медицинском вузе». Данная научная тема предполагала, как дальнейшую разработку теоретических тем вузовской методики, так и составление новых учебных пособий, применительно к основной цели: обучение студентов медиков языку специальности для их подготовки к профессиональному общению в медицинской сфере. Работа над темой шла в направлении исследования ряда теоретических проблем лингвистики и методики преподавания русского языка студентам-медикам. Эти проблемы определяли направление научно-методической работы прикладного содержания – создания учебно-методических пособий и разработок, а также написания статей и научных докладов. За эти годы были написаны и опубликованы научно-методические статьи в сборниках, журналах. Избранная тема решалась в ключе передового педагогического опыта и на основе собственной практики.

Необходимо подчеркнуть, что неопределимую роль в интенсификации обучения языку специальности студентов неязыковых вузов играют создаваемые учебные комплексы, представляющие собой организованную и целенаправленную систему, подтверждающие эффективность их использования в практике преподавания русского языка в неязыковых вузах.

Многолетний опыт работы преподавания русского языка в медицинском вузе выдвинул необходимость формирования серии учебных пособий по русскому языку, ориентированных на специальность студентов. Составной частью такого учебно-методического комплекса явилось создание пособий по развитию профессиональной русской речи, словаря сочетаемости медицинских терминов для студентов-медиков, которые учитывают специфику родного языка студентов и языка их специальности. Исследователи, высоко оценивая использование учебного комплекса в процессе обучения русскому языку отмечают, что «Учебные комплексы – один из путей совершенствования учебного процесса, так как они создают оптимальные условия для обучения, позволяют разработать и внедрить в практику обучения в определенной системе все компоненты содержания обучения, повысить образовательную и воспитательную эффективность учебных материалов» [1, 147].

Создание учебных пособий потребовало выработки ряда основополагающих критериев, исходя из которых следовало подбирать текстовый материал, обрабатывать его, осуществлять выработку основного массива лексики (общеупотребительной и специальной) и выбор грамматического материала (по каждому из пособий отдельно). Следуя дидактическому правилу доступности текста, а также требованию его информативности, мы отбирали тексты для будущих медиков из специальных дисциплин групп, сочетая жанры научно-популярного подстиля и научного функционального стиля (профильные и узкоспециальные тексты). При этом мы постоянно держали в поле зрения аудиторию, которой адресуются отбираемые тексты, так как ее характеризует определенный уровень подготовки, как в области специальности, так и в области языка. Мы солидарны с учеными, которые утверждают, что «учебный текст по специальности как единица обучения представляет собой отрезок речевой цепи, в котором раскрывается содержание темы, подтемы или комбинации подтем одного уровня членения; границы текста определяются как объемом раскрываемой темы, так и дидактическими факторами: специальной и языковой подготовкой лиц, которым он адресуется». [5, 9]

Работая над отбором текстового материала, мы неукоснительно следовали основной поставленной цели обучения: выработке навыков профессиональной речи в её устной и письменной разновидностях. Цель обучения обусловила и требования к учебному тексту в плане его лексической наполняемости. В него вошли наиболее частотные термины и терминологизированные слова и словосочетания медицинского профиля. И, наконец, учитывая воздействие системы родного языка, мы старались осуществить в учебном тексте презентацию языковых явлений: синтаксических единиц – простых и сложных предложений, словосочетаний, словоформ, а также средств связи, представляющих наибольшие интерференционные трудности для таджиков, изучающих русский язык. Таким образом, результатом плодотворной научно-исследовательской работы сотрудников кафедры за прошедшие годы явились: «Методические разработки по русскому языку для студентов фармацевтического факультета» при изучении темы «Моя специальность» - Душанбе, ТГМУ, [4. 180]. В данные разработки вошли тексты по специальности в сокращённом и адаптированном виде. Они посвящены проблеме обучения языку специальности студентов фармацевтического факультета. Расположение текстов и задания к ним соответствуют действующей программе. Вторым серьёзным трудом сотрудников кафедры являлись Методические разработки по русскому языку для студентов медиков «Обучение сочетаемости слов по теме «Моя специальность», - Душанбе, ТГМУ, 1987 [7.207]. Сочетаемость слов – один из важнейших аспектов языка. Словарь был составлен в целях оказания помощи нерусским студентам в овладении русской речью с учётом профиля вуза. Его содержание ориентирует на выработку овладения научным стилем речи с употреблением специальной лексики и характерных для научного стиля речи синтаксических конструкций. Третьим пособием является «Развитие устной и письменной речи студентов-медиков в условиях двуязычия» (Методические разработки по русскому языку для студентов стоматологического факультета - Д., 1989) [8. 123]. В этом пособии содержатся тексты, служащие для раскрытия семантики и усвоения специальных терминов, отдельные тексты на родном языке студентов, куда включены постатейные русско-таджикские словарики, а также целый комплекс заданий, что очень важно в условиях таджикско-русского двуязычия. Четвёртое пособие учебного комплекса – «Обучение русской профессиональной речи студентов-медиков при языковой подготовке к клинической практике», 1989 [6. 51], имеет целью сформировать у студентов-медиков навыки профессиональной речи в устной и письменной форме, подготовить студентов к устному общению с больным, записи в историю болезни, понимание разговорной речи больного. Пятое учебное пособие комплекса – «Учебное пособие для практических занятий по русскому языку в Таджикском медицинском университете» - Д., 2000 г. [9. 106], состоит из 5 тем, каждая из которых включает в себя тексты для чтения, составленные на материале лексики данной темы и упражнений. Грамматический материал вводится на функционально-семантической основе.

Отрадно отметить, что в Республике Таджикистан существенно повышается роль русского языка как средства межнационального и межгосударственного общения. Об этом свидетельствует изданный Указ Президента Республики Таджикистан Эмомали Рахмона «О совершенствовании преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан» от 4 апреля 2003 года. Для претворения в жизнь этого указа Правительством республики была принята «Государственная программа совершенствования преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан за период 2004-2014 годы» от 2 декабря 2003 год за № 508.

Необходимо особо подчеркнуть, что главной целью «Государственной программы совершенствования преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан на 2015-2020 годы», утверждённой Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 3 июля 2014 года за № 427, является осуществление важных задач, среди которых особое место отводится совершенствованию процесса обучения, научно-методической разработке вопросов изучения русского языка, созданию полноценных государственных образовательных стандартов, учебных программ, планов, учебников нового поколения, учебных пособий.

Следует отметить, что в 2010-2018 учебные годы сотрудники кафедры плодотворно, эффективно и результативно проводили научно-исследовательскую работу по главной научной теме «Разработка и внедрение инновационных технологий в процесс обучения русскому языку студентов-медиков». Данная научная тема кафедры связана с методикой преподавания русского языка, которая, включая общедидактические законы, установки, учитывала специальность студентов, их языковую подготовку, количество времени, отводимое на изучение языка.

Целью данной научной темы являлась - разработка и дальнейшее совершенствование методики преподавания русского языка, в формировании у студентов знаний, практических навыков и умений, обеспечивающих полное владение языком в различных сферах коммуникации (учебно-профессиональной, общественно-политической, научной), а также в использовании воспитательных возможностей языка.

На основе многолетней работы преподавателями кафедры создан учебно-методический комплекс, состоящий из комплекса взаимосвязанных учебных пособий, языковой и текстовый материал которых в совокупности служит базой для развития навыков и умений речевой деятельности студентов во всех ее проявлениях и параллельно воспитывает в студентах патриотизм и интернационализм (любовь к Родине, дружбу между народами, любовь к профессии и др.). Необходимо отметить, что учебник, как основной компонент учебного процесса, определяет собой содержание, процесс, результаты речевой деятельности. Он представляет собой сложную систему. Его сложность как основного средства обучения усугубляется рядом специфических факторов.

Большое место в учебных работах авторы отводят работе с текстом по усвоению новой лексики. Лексическая работа по осмыслению и усвоению незнакомых слов осуществляется с помощью использования словарей, толкования слов и лексико-семантической коррекции, осуществляемой преподавателем, а иногда посредством перевода.

Следует указать, что на кафедре русского языка обучение русскому языку проходит параллельно с воспитательной работой, в которую включены аспекты интернационализма и патриотизма. Это целая серия текстов, в которых запечатлены героические образы врачей в годы Великой Отечественной войны, а также в мирное время. Так, например, тексты «Повесть о настоящем человеке», «Доктор Пекарев», «Сердце на ладони», «Доктор Вера» и

др. учат студентов мужеству, выносливости, терпеливости, человеколюбию, любви к Родине, ценить всё то, что создано творцом-народом, быть примером во всём, что делает человека великим. Тексты «Драматическая медицина», «Мысли и сердце», «Призвание», «Рыцари милосердия» высвечивают образы врачей-исследователей, которые порою ценой своей жизни совершали великие открытия в медицинской науке, распознавая тайну зарождения страшных инфекционных заболеваний, уносивших в прошлом сотни тысяч человеческих жизней и нашли противоядие, ведя борьбу с ними.

Жизнеспособность любой концепции учебника, прежде всего, проверяется практикой. Если учебный процесс, строящийся по учебнику, является не только эффективным, но и приятным для студентов, вызывает у них желание работать по учебнику, приносит чувство удовлетворения, обеспечивает продвижение в знаниях и практических умениях, если при первой встрече с учебником появляется желание прочитать его до конца, если учебник представляет собой не только методическую ценность, то можно с уверенностью сказать, что концепция учебника жизнеспособна.

Наличие хорошего учебника, учебного пособия является, как известно, одним из главнейших условий повышения эффективности преподавания любой учебной дисциплины. В этой связи кафедрой русского языка ТГМУ им. Абуали ибни Сино было составлено «Учебное пособие для практических занятий по русскому языку в таджикском медицинском университете (для студентов 1 курса)», 2017 [9,203], способствующее реализации основных задач преподавания предмета. Данное учебное пособие состоит из 9 тем: «Язык – средство общения», «Знакомство. Семья. Биография», «Мой день. Распорядок дня», «Вуз. Библиотека. Общежитие», «Портрет. Характер», «По родному краю», «Из жизни замечательных людей», «Наука. Из истории науки», «Моя специальность».

Адаптированные тексты дают большую возможность для разнообразия учебной работы. В пособии конкретизируются наиболее эффективные методы преподавания данного предмета в вузе, а также реализуется один из основных принципов методики - учет специфики преподавания русского языка в конкретной аудитории. В конце учебного пособия, в разделе Приложение, приведены основные речевые действия, которые усваиваются в учебном процессе и входят в грамматическую и коммуникативную компетенцию студента-медика.

Будучи предназначенным для языковой подготовки к клинической практике, данное пособие открывает большие возможности перед студентами. Книга расширяет знания о Таджикистане, знакомит с именами выдающихся деятелей, учёных-врачей, писателей-врачей. Так, тексты «Здравоохранение в Таджикистане», «Больница», «Поликлиника» представляют собой материалы о системе здравоохранения в Таджикистане, о медицинских учреждениях.

Система заданий, формирующих навыки ведения учебного профессионального диалога с больным и оформление записи в медицинской карте, способствует развитию всех видов речевой деятельности: аудированию (восприятие на слух речи больного), говорению (обмен информацией, общение врача с больным и коллегами), письму (оформление записи паспортных данных больного и его состояния, получение информации из источника - записи в медицинской карте). Формирование речевых навыков студентов-медиков будет односторонним и неполным, если не коснуться вопросов диалогической речи. Профессия врача подразумевает постоянное контактирование с больными, реализуемое практически в опросе. Диалогические речевые навыки отрабатываются в пределах тем: "Артрит", "Бронхиальная астма", "Атеросклероз". «Цирроз печени», «Сахарный диабет». «Эндемический зоб».

Во вторую часть данного пособия включены адаптированные тексты из материалов художественных произведений русских писателей, описывающих образы врачей, историю героизма врачей. Это такие тексты: «Уездный лекарь» (по И.С. Тургеневу), «Попрыгунья (по А.П.Чехову), «Цветы запоздалые (по А.П. Чехову), «Хирургия (по А.П. Чехову)», «Палата №6 (по А.П. Чехову)», «Повесть о настоящем человеке», «Доктор Пекарев», «Сердце на ладони», «Доктор Вера», «Спутники» (по В. Пановой) и др. учат студентов мужеству, выносливости, терпеливости, человеколюбию, любви к Родине, ценить всё то, что создано творцом-народом, быть примером во всём, что делает человека великим.

Предлагаемое лингводидактическое «Учебное пособие по развитию русской профессиональной речи студентов стоматологического факультета», -Душанбе, 2011 [11.140] включает лингвистические и коммуникативные учебные материалы, представленные текстами по специальности (адаптированные тексты из спецдисциплин по стоматологии. При составлении пособия авторы учитывали принцип историзма в последовательности презентации текстового материала, а также соответствие лингводидактического материала ныне действующей программы. В учебном пособии авторами предложена система упражнений для работы по языковому и речевому развитию студентов-стоматологов.

Предлагаемое лингводидактическое «Учебное пособие по развитию русской профессиональной речи студентов фармацевтического факультета», Душанбе, 2011 [12.139] включает лингвистические и коммуникативные учебные материалы, представленные текстами по специальности (адаптированные тексты из спецдисциплин по фармакологии, фармакогнозии, журналов «Здоровье», «Наука и жизнь» других периодических изданий) и послетекстовыми языковыми и речевыми заданиями.

Резюмируя вышеизложенное следует заключить, что практический опыт работы с данным учебным комплексом позволяет отметить, что пособия способствуют активизации введения лексики, грамматического материала, необходимого студентам-медикам для овладения научной речью, интенсификации обучения русскому языку в условиях билингвизма, помогает учащимся при работе с научной литературой по врачебной специальности.

ЛИТЕРАТУРА

1 Бабайцева В.В. Экспериментальный учебный комплекс по русскому языку для 1У-У111 классов общеобразовательной школы РСФСР. В кн.: Проблемы школьного учебника. Вып.14. (О специфике языковых учебников)/ Сост. Г.Н. Владимирская. - М.: Просвещение, 1984. -Стр.147-267.

2. «Государственная программа совершенствования преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан за период 2004-2014 годы» от 02.12.2003 г. за № 508. – Душанбе, 2003.
3. «Государственная программа совершенствования преподавания и изучения русского и английского языков в Республике Таджикистан за период 2015-2020 годы» от 03.06.2014 г. за № 427. Душанбе 2014.
4. Методические разработки по русскому языку для студентов фармацевтического факультета при изучении темы «Моя специальность».
5. Мотина Е.И. Язык и специальность: лингвометодические основы обучения русскому языку студентов - нефилологов. - М.: Русский язык, 1983.
6. Обучение русской профессиональной речи студентов при языковой подготовке к клинической практике / Методические разработки по русскому языку для студентов-медиков. Составители: У.Р.Юлдошев и др.-Душанбе, 1997г.
7. Обучение сочетаемости слов по теме «Моя специальность» / Методические разработки по русскому языку для студентов-медиков. Составители: У.Р. Юлдошев и др. - Душанбе, Душанбе, 1987.
8. Развитие устной и письменной речи студентов-медиков в условиях двуязычия / Методические разработки по русскому языку для студентов-медиков стоматологического факультета / Составители: У.Р. Юлдошев и др. – Душанбе.
9. Учебное пособие для практических занятий по русскому языку в таджикском медицинском университете (для студентов 1 курса) /. Составитель: У.Р. Юлдошев – Душанбе, – 2000- 104 с.: 2-е изд. доп. и перераб. Душанбе – 2014.
10. Учебное пособие по развитию русской профессиональной речи студентов медицинского факультета / Составители: У.Р. Юлдошев (и др.). – Душанбе, 2011.- 146.
11. Учебное пособие по развитию русской профессиональной речи студентов стоматологического факультета/ Составители: У.Р. Юлдошев (и др.). – Душанбе, 2011.
12. Учебное пособие по развитию русской профессиональной речи студентов фармацевтического факультета/ Составители: У.Р. Юлдошев (и др.), – Душанбе – 2011.
13. Учебное пособие по развитию русской устной и письменной речи для студентов 2 курса факультета общественного здравоохранения/ Составители У.Р. Юлдошев (и др.). – Душанбе, 2009.

**КАФЕДРЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ №1
ТАДЖИКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО – ДВАДЦАТЬ ЛЕТ**

Кадырова Д.А.

Кафедра семейной медицины №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Одним из приоритетных направлений реформы здравоохранения в Республике Таджикистан является дальнейшее развитие и совершенствование первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) населению, а также внедрение в практику семейной медицины.

Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗ СЗН РТ) в 1998г., на этапе планирования реформы сектора, было принято решение о внедрении и развитии семейной медицины (приказ МЗ СЗН РТ № 236 от 23 июня 1998г.). Одной из важных задач в деле развития семейной медицины в стране являлась подготовка медицинских кадров – семейных врачей и семейных медсестер.

В 1996г. в ТГМУ имени Абуали ибни Сино на базе лечебного и педиатрического факультетов был создан Общемедицинский факультет, одной из задач которого являлась подготовка семейных врачей на додипломном уровне. В 1999г. в ТГМУ имени Абуали ибни Сино, в целях подготовки семейных врачей, была организована кафедра семейной медицины №1.

Основателем кафедры является доктор медицинских наук, профессор Кадырова Дильрабо Абдукаюмовна. С момента образования кафедры намного расширилась ее площадь, количество учебных комнат увеличилось с двух до двадцати, имеются лекционный зал, библиотека, компьютерный центр, уголок «Доказательной медицины», кабинет для учебно-методической работы, кабинет – «Школа для больных с артериальной гипертензией», кабинет для имитационных задач и приобретения практических навыков.

Основной клинической базой кафедры является Городской центр здоровья (ГЦЗ) №2, где имеются хорошо оснащенные кабинеты семейных врачей и узких специалистов, рентген кабинет, кабинеты УЗИ и ЭКГ, диагностические лаборатории. Контингент обслуживания ГЦЗ №2 составляет более 25 тысяч населения района Сино г. Душанбе. Наряду с этим, кафедра Семейной медицины №1 широко пользуется клиническими базами ГЦЗ №№8 и 10 г. Душанбе, где выделены учебные комнаты и лекционный зал. Здесь работают ассистенты – консультанты кафедры.

На кафедре работают доктор медицинских наук, профессор, а также кандидаты медицинских наук, доценты. Доля преподавательского состава, имеющего научную степень, увеличилась с 4,1% в 1999г. до 80% в 2018г. Все преподаватели кафедры прошли подготовку по семейной медицине в нашей стране и за её пределами. 95% преподавателей кафедры имеют высшую аттестационную категорию врача и более 10-15 лет педагогического стажа работы.

На кафедре проводится обучение студентов 4, 5 и 6 курсов медицинского факультета основам и элементам семейной медицины, клиническим ситуациям, наиболее часто встречающимся в практике семейного врача, и основам амбулаторного ведения больного в учреждениях ПМСП [1,2,3]. Кроме того, на кафедре проводится подготовка семейного врача в клинической ординатуре и интернатуре. Подготовлены и внедрены учебные программы для студентов, семейных врачей в магистратуре и клинической ординатуре по семейной медицине.

В учебный процесс кафедры широко внедрены интерактивные методы обучения, экзамен у студентов проводится методом ОСКЭ (объективный структурированный клинический экзамен), внедренный в работу в 2003г. Практические навыки деятельности (осмотр больных, постановка диагноза, назначение обследования и лечения) студенты и клинические ординаторы приобретают на клинических базах кафедры (в кабинетах врачей, лабораториях и др.).

На кафедре, начиная с 2003г., подготовлены семейные врачи в количестве более 85 человек. Разработано более 2000 тестов, ситуационных задач, лекций с презентациями, тематических задач к семинарам, более 150 наименований рисунков и плакатов для обучения студентов и семейных врачей. Разработано 23 учебных пособия и методических разработок. В 2011г. подготовлен и впервые издан учебник «Семейная медицина», автор Кадырова Д.А., на таджикском языке, повторно издан в 2019 г. В 2017 году данный учебник был подготовлен и издан на русском языке. Эти учебники пользуются большим спросом среди студентов, врачей-интернов и других врачей Республики Таджикистан.

Воспитательная работа кафедры направлена на воспитание кадров молодых специалистов в духе любви к Родине, к труду и к своей профессии. Сотрудники кафедры, в соответствии с планом идейно-воспитательной работы, регулярно проводят беседы со студентами 4 и 5 курсов медицинского факультета. На кафедре широко отмечаются: День Независимости Республики Таджикистан, День Национального согласия Республики Таджикистан, а также такие праздники, как Навруз и другие. Организуются и проводятся тематические лекции и «воспитательный час» со студентами. Сотрудники кафедры и студенты активно участвуют в субботниках и хашарах. В Городских центрах здоровья и в ТГМУ имени Абуали ибни Сино сотрудники кафедры проводят встречи с врачами, врачами-интернами и со студентами. На этих встречах освещаются вопросы семьи, здоровья членов семьи, профилактики заболеваний, передающихся по наследству, основы деятельности по пропаганде здорового образа жизни среди населения. Для повышения интереса студентов к специальности семейный врач на кафедре ежегодно проводится соответствующая агитационная работа, организуется «День открытых дверей». При этом организуются встречи с семейными врачами, с выпускниками университета, со специалистами семейной медицины, которые имеют большой опыт работы.

Новым направлением научно-исследовательской работы (НИР) кафедры является изучение вопросов, связанных с развитием семейной медицины в стране. Целью данного изучения является дальнейшая оптимизация и совершенствование медицинской помощи в учреждениях ПМСП, в практике семейного врача. Другим направлением НИР кафедры является изучение частоты, особенностей течения артериальной гипертонии, включая различные её формы, а также ишемической болезни сердца (ИБС) в Республике Таджикистан среди различных возрастных групп. Исследовательская работа направлена на изучение факторов риска, особенностей течения заболеваний. В связи с этой темой НИР обследовано более 4500 человек в городских центрах здоровья Душанбе. На основе полученных данных усовершенствованы методы первичной диагностики и предложены оптимальные варианты лечения артериальной гипертонии и ИБС среди названных лиц в амбулаторных условиях, в практике семейного врача.

За короткий период под руководством Кадыровой Д.А. были выполнены две докторские и шесть кандидатских диссертационных работ, одна докторская и три кандидатские работы находятся в стадии завершения. Сотрудниками кафедры защищены докторские и кандидатские диссертации на темы: «Гипертонические кризы и их лечение у больных систолической гипертонией старших возрастов» (Кадырова Д.А.); «Клинико-патогенетические подходы к немедикаментозной терапии артериальной гипертонии у лиц старших возрастов с учетом медико-социальных факторов» (Исомиддинов А.И.); «Особенности течения и лечения гипертонической болезни у беременных в практике семейного врача» (Мирзокалонова М.Д.); «Влияние внутренних заболеваний на гнойные заболевания мягких тканей» (Муродов Н.М.); «Особенности течения и лечения артериальной гипертонии у подростков и лиц молодого возраста в практике семейного врача» (Саидова Ж.С.); «Совершенствование амбулаторной помощи больным с артериальной гипертонией в практике семейного врача» (Гафаров М.Г.); «Особенности вторичной профилактики артериальной гипертонии у лиц пожилого и старческого возраста в работе семейной медицинской сестры» (Сафохонов Д.С.); «Артериальная гипертония и приверженность к лечению у женщин в периоде постменопаузы» (Эшонкулова Г.А.) и др. На кафедре с момента её основания функционирует научный студенческий кружок, членами которого в разные годы в общей сложности являлись более ста человек. Результатами научных исследований студентов стали более 50 выступлений на конференциях и публикации тезисов и статей.

Сотрудниками кафедры опубликованы четыре монографии, два руководства для работников ПМСП и учебники «Семейная медицина» для студентов медицинского ВУЗа. Сотрудниками кафедры подготовлено и опубликовано более 250 тезисов и статей в материалах конференций как в стране, так и за её пределами, 23 учебно-методических пособия и рекомендации, три рационализаторских предложения. Заведующей кафедрой Кадыровой Д.А. сделаны доклады по результатам научной деятельности в Австрии, Канаде, США, Швейцарии, России, Казахстане и Кыргызстане. Сотрудники кафедры, начиная с 2000г., являются активными участниками ежегодных международных, республиканских, а также годичных конференций ТГМУ имени Абуали ибни Сино, конференций молодых ученых, посвященных развитию семейной медицины в Республике Таджикистан. С 2014г. под руководством Кадыровой Д.А., в рамках годичных научно-практических конференций ТГМУ имени Абуали ибни Сино, функционирует отдельная научная секция «Семейная медицина».

На кафедре работают опытные доктора и преподаватели, из них врачи с высшей аттестационной категорией Кадырова Д.А., Шарифзода Х.С., Муродов Н.М., Саидова Ж.С., Эшонкулова Г.А. проводят большую консультативную работу в городских центрах г. Душанбе. Ежегодно сотрудники кафедры и студенты активно участвуют в лечебно-оздоровительных мероприятиях для населения в ГЦЗ г. Душанбе. Результаты научных исследований кафедры внедрены в работу семейных врачей ГЦЗ г. Душанбе. За период существования кафедры сотрудники провели более 150 семинаров и клинических разборов для семейных врачей г. Душанбе. На кафедре, на базе ГЦЗ № 2,

функционирует кабинет «Школа для больных с артериальной гипертонией и ИБС», где пациенты получают информацию о заболеваниях, о профилактике и лечении в амбулаторных условиях.

Таким образом, за 20 лет функционирования кафедры Семейной медицины №1 (1999-2019гг.) несколько тысяч студентов медицинского факультета ТГМУ имени Абуали ибни Сино ознакомились и получили знания по специальности «семейная медицина», подготовлено более 85 магистров, клинических ординаторов и интернов по данной специальности. За эти годы сотрудники кафедры накопили значительный опыт работы, разработали учебные программы, учебно-методические документы, учебные пособия, учебники и др. Продолжает расширяться число регионов и стран, где работают наши выпускники [4,5]. За эти годы подготовлены научные кадры: два доктора медицинских наук и шесть кандидатов медицинских наук. В настоящее время готова к апробации докторская диссертация к.м.н., доцента кафедры Шарифзода Х.С. и ведется работа над кандидатскими диссертациями ассистентов и аспирантов кафедры: Комилходжаева Б.Х., Отаджонова А.А., Аслизода Д. и др.

Кафедра Семейной медицины №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино за двадцать лет деятельности добилась немалых успехов благодаря поддержке и политике Лидера нации, Основателя мира и национального согласия, Президента Республики Таджикистан, уважаемого Эмомали Рахмона, направленной на развитие образования и подготовку кадров в Республике Таджикистан, а также Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан. В эти годы кафедре оказывается всесторонняя помощь со стороны руководства ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Литература

1. Кадырова Д.А. Развитие семейной медицине в Республике Таджикистан: опыт подготовки семейных врачей /Д.А. Кадырова // Международная конференция семейных врачей. – Балтимор, США, 2013. - 2с.
2. Кадырова Д.А. О подготовке семейных врачей. /Д.А. Кадырова // Вестник Авиценны. - 2006.-1,2 – С. 134-137
3. Кадырова Д.А. Опыт подготовки семейных врачей на додипломном уровне (1996-2016) /Д.А. Кадырова // Республиканская научно-практическая конференция «Состояние и перспективы развития семейной медицины в Республике Таджикистан»: сб. статей. – Душанбе, 2016. – С. 100-103
4. Кодирова Д.А. Бартариатҳои асосии тайёр намудани табибони оилавӣ бо роҳи аввалия (аз курси аввал дар Донишгоҳ). /Д.А. Кодирова // Авҷи Зӯҳал.- 2017.- №3. - С.86-90
5. Кадырова Д.А. Додипломная подготовка семейных врачей - этапы развития и перспективы /Д.А.Кадырова // Конгресс кардиологов и терапевтов стран Азии и Содружества Независимых Государств «Актуальные проблемы сердечно-сосудистых и соматических заболеваний». Симпозиум «Актуальные вопросы семейной медицины, сестринского дела и общественного здравоохранения»: сб. статей. – Душанбе, 2019. – С. 203-204

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ СТОМАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА И ОРТОДОНТИИ Зав. кафедрой Якубова З.Х.

Специальный курс стоматологии детского возраста в ТГМИ им. Абуали ибни Сино был введен еще в 1977 году при объединенной кафедре терапевтической и ортопедической стоматологии. В то время заведующим кафедрой был профессор К.П. Пашаев. А в сентябре 1989 года была создана кафедра стоматологии детского возраста, которую возглавил профессор У.Т. Таиров. Доцентом кафедры был к.м.н. С.С. Субханов, старшим преподавателем – к.м.н. З.Х. Якубова, ассистентами – к.м.н. З.М. Джумаева, Ш.Ш. Захидова, С.Т. Тохтаходжаева, Р.Р. Назаров, Ф.Ф. Агишева. С сентября 1997 года и.о. заведующего кафедрой был назначен доцент С.С. Субханов.

В рамках реализации постановления Правительства Республики Таджикистан за №91 от 23.02.96 «Концепция медицинского и фармацевтического образования в Республике Таджикистан», а также в связи с сокращением приема студентов и более рационального использования научно-педагогического кадрового потенциала с января 1998 года кафедры хирургической и детской стоматологии были объединены под названием: «Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией». Руководство объединенными кафедрами было возложено на доцента С.С. Субханова до января 2016 года.

Кафедра «Стоматологии детского возраста и имплантологии» была организована в январе 2016 года. В январе 2017 года приказом Ученого Совета ТГМУ им. Абуали ибни Сино переименована в кафедру «Стоматологии детского возраста и ортодонтии». С начала образования кафедры и до апреля 2017 года заведующим кафедрой был к.м.н., доцент Косимов М.М. С апреля 2017 года и по настоящее время заведующей кафедрой является к.м.н. Якубова З.Х., у которой за плечами большой опыт педагогической и врачебной деятельности.

Состав кафедры

На кафедре работают 7 основных сотрудников: зав. кафедрой – к.м.н. Якубова Зулфия Хамидовна, доцент, к.м.н. Косимов М.М., старший преподаватель Хасанова Б.К., ассистент Агишева Ф.Ф., ассистенты-стажеры: Саъдуллаева З.Б., Худоёров С.А., Дабиллова Н.М. Внешняя и внутренняя остепененность кафедры составляет 30%.

На данный момент кафедра располагает шестью учебными базами, которыми являются:

1. Научно-клинический институт Стоматологии и ЧЛХ;
2. Учебно-клинический центр «Стоматология»;
- 3-4. Детские городские стоматологические поликлиники №1 и №2;
- 5-6. Частные стоматологические клиники ООО «Формула Успеха» и ООО «Мино»

Учебно-методическая работа

Кафедра ведет обучение студентов стоматологического, лечебного, педиатрического факультетов и факультета общественного здоровья и здравоохранения на двух языках (таджикском и русском). С 2017 года ведется преподавание по кредитно-модульной системе.

В настоящее время на кафедре преподаются следующие дисциплины:

Для стоматологического факультета

1. «Стоматология детского возраста»
2. «Профилактика стоматологических заболеваний»
3. «Ортодонтия»

Для лечебного, педиатрического факультетов и факультета общественного здоровья и здравоохранения.

4. «Стоматология»

С 2017 года сотрудниками кафедры были разработаны и выпущены по 12 типовых программ и силлабусов на таджикском и русском языках для 4 факультетов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

С 2017-2019гг. было издано: 2 учебных пособия: «Стоматология детского возраста» и «Ортодонтия»; 4 методические разработки: «Профилактика зубочелюстных аномалий и деформаций», «Помощник врача стоматолога детского возраста», «Оптимизация лечения пульпитов у детей и подростков», «Кариес зубов у детей».

Проведение урока гигиены полости рта в школе №54 г. Душанбе (Самостоятельная работа с преподавателем по предмету «Профилактика стоматологических заболеваний»)

Научная работа

С конца 2018 года утверждена тема НИР кафедры: “Современные подходы к выбору диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний у детей и подростков” (№ Гос. регистрации темы НИР 0118ТJ00934 УДК-616.31; 616-053.2.). В соответствии с научной темой сотрудниками кафедры, магистром, ординаторами и студентами проводится эпидемиологическое обследование детей школ-интернатов, сельских и городских школ.

Вместе с тем на кафедре действует СНК (студ. научный кружок), где студенты, ординаторы вовлечены в научные разработки кафедры.

Так, молодые ученые за три года опубликовали 46 тезисов и сделали 16 докладов на конференциях молодых ученых, проводимых ежегодно ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Также в марте 2019 года на III международной олимпиаде по ортодонтии, проводимой в г. Самара Р.Ф., наша команда в лице клинического ординатора Гурезова Х.М. и студентки 5 курса Разаковой Ш. заняла 1 место среди десяти команд стран СНГ.

В ноябре 2017 года кафедра была ответственна за проведение международного симпозиума «Актуальные проблемы аномалий и деформаций зубочелюстной системы у больных с врожденной расщелиной губы и неба. Комплексное и междисциплинарное лечение», проводимого в ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Участниками и докладчиками симпозиума были ученые из России, Германии, Англии, Австрии и Таджикистана.

Также сотрудники кафедры участвуют в международных конференциях, проводимых за пределами РТ.

Всего с 2016-2019гг сотрудниками кафедры опубликовано 108 статей. Из них: за рубежом -5; в РТ - 49; в ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино - 41; статей ВАК - 13. И 16 рацпредложений.

Лечебная работа

Каждый сотрудник кафедры проводит консультации и прием пациентов.

Воспитательная работа

Воспитательная работа на кафедре ведется согласно утвержденному плану и проводится со студентами в процессе занятий и мероприятий, торжественных собраний исторических дней, торжеств и различных образовательных мероприятий. Воспитательные уроки включают социальные и политические вопросы; «Концепцию национального воспитания»; Закон Республики Таджикистан «О регулировании традиций, торжеств и обрядов»; «Об ответственности родителей в образовании и обучении детей»; «О молодежной программе Таджикистана»; обращения и выступления президента РТ; обсуждается культура, этика студентов, патриотизм, профессиональная деятельность и культура, имидж, вред табака и наркомании. Посещение детского сада студентами 5-го курса и вручение подарков в виде зубных паст и щеток на Навруз 2019года.

КАФЕДРА И ЗАБОНИ ТОЧИКИИ ДДТТ БА НОМИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО

Мудири кафедра Қосимов О.Х.

Ҳанӯз дар соли аввали таъсисёбии Донишқадаи тиббии Сталинобод кафедраи забонҳои ташкил гардид, ки дар ҷаҳорҷӯби он ба донишҷӯёни соли аввал забонҳои лотинӣ, олмонӣ, русӣ ва тоҷикӣ таълим дода мешуд. Аввалин омӯзгорони фанни забони тоҷикӣ дар гурӯҳҳои русӣ (солҳои 1942-1943) М.Я.Расулӣ ва Я.А.Раҳимов буданд, ки қаблан якҷанд сол ҳамчун тарҷумони фанҳои махсус дар омӯзишгоҳҳои тиббии Ленинобод ва Сталинобод кор мекарданд. 1-уми октябри соли 1964 кафедраи забонҳои русию тоҷикӣ аз кафедраи забонҳои хоричӣ ҷудо карда шуд. Сарварии бахши забони тоҷикии кафедраи мазкурро солҳои зиёде А.М.Ягудаев ба уҳда дошт. Вай барои таҳияи методика ва хусусиятҳои ҳоси таълими забони тоҷикӣ кӯшишу заҳмати зиёде ба харҷ дода, муаллифи «Муҳовараи русӣ-тоҷикии тиббӣ» ба ҳисоб меравад.

Аз соли 1961 дар кафедра ҳамчун омӯзгори фанни забони тоҷикӣ Р.Р.Ғаффорова ба кор шурӯъ намуд. Вай барномаи забони тоҷикиро тартиб дода, инчунин дастури методиро бо номи «Машқҳои методӣ оид ба забони тоҷикӣ» барои донишҷӯёни соли якуму дуюм таҳия намуд, ки соли 1991 аз ҷоп баромад.

Кафедраи забони тоҷикӣ ҳамчун воҳиди мустақили сохтории Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон 19-уми декабри соли 1989 баъди қабул шудани Қонуни забон таъсис дода шуд. Азбаски он ба анҷоми нимсолаи якуми соли таҳсил рост омад, кафедра фаъолияти худро амалан аз моҳи феввали соли 1990 шурӯъ намуд, ки омӯзгорони собиқадор Р.Р. Ғаффорова, Қ.С. Саидова, М.Т.Самадова асоси онро ташкил намуданд. Олими намоёни соҳаи забоншиносии тоҷик, доктори илми филология, дотсент Сиев Б.С. мудири кафедраи навтаъсис таъйин шуд.

Лозим ба ёдоварист, ки устодони кафедра аз рӯзҳои аввали фаъолияти худ ба масъалаҳои ташкилӣ машғул буданд. Дар як муддати кӯтоҳ аз синфхонаҳои таълимӣ сар карда то ҳуҷҷатҳои зарурии коргузори кафедра омода гардиданд. Таҳти сарвари олимҳои шинохта, доктори илмҳои филология, дотсент Сиев Б.С. самтҳои муҳими фаъолияти кафедра – таълим, илм ва тарбия ба роҳ монда шуданд. Устодони кафедра ба кори тартиб додани барномаи таълимӣ, матнҳои тиббӣ, луғату дастурҳои таълимӣ шурӯъ намуданд. Баробари таъсиси кафедраи забону адабиёти тоҷик устодон ба кафедраҳои дигари донишгоҳ дар самти ба забони давлатӣ тарҷума ва таҳия намудани дастурҳои методӣ, китобҳои дарсӣ ва луғатҳои мухталифи тиббӣ саҳм мегузоштанд. Дар ин чода заҳмати устодони кафедра дотсентон Сиев Б.С., Юсуфов А.И., инчунин муаллимони калони кафедра Одинаев С.П., Зухуров Н.Б., Ҷабборов Ш.С., Олимова М.М., Шодиматова М.К. ва дигаронро махсус қайд намудан лозим аст.

Дар кафедра солҳои зиёде се ҷанба - забони тоҷикӣ, адабиёти тоҷик ва алифбои ниёгон аз рӯи панҷ барнома таълим дода мешуд: барномаи забони тоҷикӣ барои гурӯҳҳои таълимашон бо забонҳои тоҷикӣ ва русӣ (2 барнома); адабиёти тоҷик барои гурӯҳҳои таълимашон ба забонҳои тоҷикию русӣ (2 барнома) ва барномаи алифбои ниёгон. Он солҳо бо дарназардошти талаботи Донишгоҳи тиббӣ ба омӯзиши осори тиббии ниёгон ва густариши муносибатҳои дӯстониба бо мамолики форсизабон ба таълими хатти арабиасоси тоҷикӣ диққати махсус дода мешуд.

Таҳти мавҷудияти кафедра ҳаёти омӯзгорони он сол аз сол афзоиш меёфт. Таҳти сарвари мудири ҳамонвақтаи кафедра, доктори илмҳои филология Сиев Б.С. собиқ аспирантони бахшҳои гуногуни филология Юсуфов А.И., Ҷабборов Ш.С., Боқиев Ҳ.О. оид ба масъалаҳои мухталифи забону адабиёти тоҷик тадқиқотҳои илмӣ анҷом дода, рисолаи номзадӣ ҳимоя намуданд.

Солҳои 2004-2008 ва 2010 – 2017 сарвари кафедра номзоди илмҳои филологӣ, дотсент Юсуфов А.И. ба уҳда дошт. Аз моҳи августи соли 2008 то моҳи августи соли 2010 кафедра таҳти сарвари номзоди илмҳои филология Абдурахимов А.К. фаъолият намудааст.

Аз моҳи октябри соли 2017 кафедраи забони тоҷикӣ таҳти роҳбарии доктори илми филология, профессор Қосимов О.Ҳ. фаъолият менамояд. Солҳои охир ҳаёти кафедра бо устодони унвондор пурра гардид. Айни ҳол зери роҳбарии мудири кафедра, профессор Қосимов О.Ҳ. дар кафедра устодони зерин бо таълими забони тоҷикӣ, қорҳои илмӣ-тадқиқотӣ ва таъмини раванди босифати таълим машғуланд: н.и.ф., дотсент Юсуфов А.И., н.и.ф., дотсент Расулов С.М., н.и.ф., дотсент Хидиров Р.Г., н.и.ф. Калонова М.Ҷ., муаллимони калон - Зухуров Н.Б., Шодиматова М.К., Олимова М.М., Суфиева Г.А., муаллимон Раҳимов Т.Ф., Саидова Б.М., Турсунова З.Г., Маҷидова Б.М., мудири кабинет Сирочиддинов М.Э., лаборанти калон Ниёзова Ш.

Аз миёни кормандони кафедра д.и.ф., профессор Қосимов О.Ҳ., дотсентон Юсуфов А.И., Расулов С.М., муаллимони калон Зухуров Н.Б. ва Шодиматова М.К. бо унвони “Аълочии маориф ва илми Тоҷикистон” сарфароз гаштаанд.

Ҳоло дар кафедраи забони тоҷикӣ донишҷӯёни курсҳои якуми факултетҳои тиббӣ, педиатрӣ, стоматологӣ, фарматсевтӣ ва нигоҳдории тандурустии чамъиятӣ, инчунин донишҷӯёни хориҷии бакалавриат аз ҷанми забони тоҷикӣ бо назардошти касби ояндаи худ таълим мегиранд ва нутқи хаттию шифоҳияшонро дар заминаи забони тоҷикӣ равонии бештар бахшида, истилоҳоти тиббӣ, нозуқиҳои ҳуҷҷатнигорӣ расмӣ ва соҳавӣ, тарҷумаи матнҳои тиббиро аз бар менамоянд. Машғулиятҳо дар кафедра бо забонҳои тоҷикӣ, русӣ ва англисӣ ба роҳ монда шудаанд. Аз соли таҳсилоти 2006-2007 дар кафедра донишҷӯёни хориҷии зинаи бакалавр таҳсил менамоянд ва забони тоҷикиро қиёсан бо вижаҳои забони англисӣ аз бар менамоянд.

Кормандони кафедра ба Раёсати Донишгоҳ таҳти сарвари доктори илмҳои тиб, профессор Гулзода М.К. барои дастгириву ёрии ҳамаҷониба миннатдорӣ баён менамоянд. Кафедраи забони тоҷикӣ, ки моҳи сентябри соли 2018 куллан таъмир гардид, дорои синфхонаҳои замонавӣ буда, бо воситаҳои муосири таълим таъмин шудааст. Роҳраву дарсхонаҳои кафедра бо баннерҳои замонавӣ ва шохбайтҳо аз осори бузургон оро дода шуда, аз дару девори ин маҳзани илму дониш бӯйи фарҳангу маърифат ба машоми мерасад. Ба нақша гирифта шудааст, ки бо мақсади таълими босифати забони давлатӣ барои кафедра кабинетҳои лингвонӣ ташкил ва барномаҳои таълими компютерӣ ба роҳ монда шаванд.

Теъдоди монография, мақолаҳои илмӣ, илмӣ-оммавӣ ва дастурҳои таълимӣ, мақолаҳои интишорнамудаи устодони кафедра беш аз 200 ададро ташкил медиҳад, ки ба масъалаҳои умумии забоншиносӣ, тарҷумаи истилоҳоти тиббӣ, нуқсонҳои тарҷума, хусни баён, муштарақоти лексикӣ-семантикии тоҷикию ҳиндӣ, методикаи таълими забони тоҷикӣ дар ҷаҳорҷӯби Донишгоҳи тиббӣ бахшида шудаанд. Соли 2019 бори аввал дар кафедраи забони тоҷикӣ барои донишҷӯёни гурӯҳҳои тоҷикии ҳамаи ихтисосҳо дар ҳаҷми 30 ҷузъи ҷопӣ китоби дарсӣ таҳия гардид, ки дар арафаи нашр аст ва барои боло бурдани сифати таълими забони тоҷикӣ аҳамияти назаррасе дорад.

Солҳои охир кафедраи забони тоҷикӣ дар самти таълимӣ-методӣ, илмӣ ва тарбиявӣ ба дастовардҳои назаррас ноил гардид. Шумораи унвондорони кафедра зиёд гардида, омӯзгорони кафедра дар бахши қорҳои илмӣ, тарбия ва фарҳанг ҷорабиниҳои зиёде доир намуда, сазовори мукофоти ҷоишаҳо гардиданд. Айни замон таҳти роҳбарии д.и.ф., профессор Қосимов О.Ҳ. як нафар устоди кафедра бо таълифи рисолаи докторӣ (Калонова М.Ҷ) ва ду устоди кафедра бо таълифи рисолаҳои номзадӣ (Саидова Б.М., Раҳимов Т.Ф.) машғуланд.

Моҳи июли соли 2018 аввалин бор дар таърихи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон бо ташаббуси кафедраи забони тоҷикӣ конференсияи муштараки илмӣ-назариявӣ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ва Ассотсиатсияи “Пажӯҳишҳои фарҳангии қитъаи Осиёгии Ҷумҳурии Корея” таҳти унвони “Роҳи абрешим ва робитаҳои байнифарҳангии Авруосиё” баргузор гардид, ки дар он сӣ нафар олимони хориҷӣ ва 86 нафар олимони ватанӣ бо гузоришу маърузаҳо ширкат варзиданд. Маҳсули баҳсу мунозираҳои ширкаткунандагон конференсия ба сурати маҷмуаи алоҳида дар ҳаҷми беш аз 100 ҷузъи ҷопӣ нашр гардид.

Кормандони кафедраи забони тоҷикӣ вобаста ба тадқиқи истилоҳоти тиббии забони тоҷикӣ, танзим ва ҳамгунсозии истилоҳоти тиббӣ ва мавзӯҳои дигари муҳими забоншиносӣ мақолаҳои илмӣ, методӣ таҳия менамоянд. Устодон бо маърузаҳои илмӣ дар нишастҳои илмӣ, конференсияҳои ҷумҳуриявӣ ва берун аз он иштирок мекунанд. Устодон бо муассисаҳои илмӣ, таълимӣ ва ғайра робитаҳои илмӣ доранд. Аз ҷумла, кафедра бо Донишгоҳи миллии Тоҷикистон, Донишгоҳи омӯзгории Тоҷикистон ба номи Садриддин Айни, Академияи илмҳои ҚТ, Кумитаи забон ва истилоҳоти назди Президенти ҚТ робитаи зиёди илмӣ дорад, ки натиҷаи онҳо фишурдаю тезисҳо, мақолаҳои илмӣ кормандони кафедра мебошад. Мудири кафедраи забони тоҷикӣ, доктори илмҳои филологӣ, профессор Қосимов О.Ҳ. яке аз мутахассисони пешбари забоншиносии тоҷик буда, дар самти вожашиносӣ, дар таҳқиқи таркиби луғавии забони тоҷикӣ саҳми назаррас дорад. Қосимов О. Ҳ. дар заминаи вожашиносии “Шоҳнома” даҳҳо мақолаҳои илмиро роҷеъ ба вожа ва номҳои хоси ин асари безавол таҳия ва нашр кардааст, ки тадқиқотҳо роҷеъ ба шоҳмот ва истилоҳоти он, номҳои бурҷҳои осмон, номи растаниву ҷонварон, номвожаҳо аз қабилҳои Суғд, Марв, Урганҷ, Хутан, Фараб, Ҳинд, Ганг, Чину Мочин ва истилоҳоти марбути он, истилоҳоти дини насронӣ ва чандин гурӯҳ вожаҳои дигар дорои иттилооти ҷолиб буда, намунаи беҳтарини мақолаҳои ӯ ба ҳисоб мераванд. Доир ин мавзӯҳои тадқиқотӣ Қосимов О. Ҳ. дар чандин конфронсҳои байналмиллалӣ, аз он ҷумла дар Ереван (1989), Ленинград (1989), Самарқанд (2003), Улан-Батор (2010), Ашқобод (2010, 2011, 2012, 2013, 2014), Техрон (2010, 2011; 2012), Машҳад (2011), Табриз (2014), Урумчи (2014, Чин), Қизил-Урда (Қазоқистон, 2015), Қазон (Россия, 2017) Душанбе (1985 -2016) бо гузоришҳои ҷолиби илмӣ иштирок намудааст, ки маводи онҳо ба шакли маҷмӯа ба нашр расидаанд. Беш аз 15 мақолаи Қосимов О. Ҳ. ба масъалаҳои амаливу назариявии забоншиносии тоҷик бахшида шуда, дар ҷилдҳои 1- 4-и нашри нави “Энсиклопедияи миллии тоҷик” (с.2011-2015) ба ҷоп расидаанд.

Мудири кафедра профессор Қосимов О.Ҳ. дар бузургдошту таҳлили санаҳои марбут ба шахси муътабари илму адаби тоҷик, аз он ҷумла, дар таҳлили ҷашни 1150-солагии Рӯдакӣ фаъолона ширкат варзида, роҷеъ ба вожашиносии осори Рӯдакӣ дар “Донишномаи Рӯдакӣ” беш аз 60 мақола ба нашр расонидааст, дар таҳрири мақолаҳои ба масоили забони осори Рӯдакӣ бахшида саҳми арзанда гузоштааст. Айни замон Қосимов О. Ҳ./ роҷбари мавзӯи “Вожашиносӣ ва вожанигории забони тоҷикӣ” буда, яке аз мурағибони “Фарҳанги тафсирии забони тоҷикӣ” ва ҷилди аввали “Фарҳанги русӣ ба тоҷикӣ” (дар 3 ҷилд) аст, дар таълифи луғати бисёрҷилдаи “Фарҳанги мукаммали забони тоҷикӣ” фаъолона саҳм мегузорад.

Қосимов О. Ҳ. дар тарбияи кормандони илмӣ низ саҳми арзанда гузошта, чанд нафар шогирдонӣ ӯ дар соҳаи забоншиносӣ рисолаҳои номзадӣ дифоъ кардаанд. ӯ дар давоми панҷ сол (аз моҳи майи соли 2008 то моҳи апрели соли 2012) масъулияти Котиби илмӣ Шӯрои Ҷумҳурии Институти забон ва адабиёти ба номи Рӯдакиро ба уҳда дошт ва дар ин давра таълифоту мақолаҳои ӯ, ки ба забонҳои русӣ, англисӣ, ҷинӣ, кореягӣ ва забонҳои туркӣ тарҷума шудаанд, барои муаррифии арзишҳои асили забони миллии, хусусан, забони “Шоҳнома”-и безаволи Фирдавсӣ ва паҳлуҳои фарҳангии он нақши муҳим мебозанд.

Профессор Қосимов О.Ҳ. дар корҳои ҷамъиятии Институт ва АИ фаъолона иштирок менамояд, аз соли 2000-ум узви фаъоли Ҷизби Ҷалқии Демократии Тоҷикистон аст. Бо Шӯроҳои илмӣ муассисаҳои гуногун ҳамкорӣ дорад, чандин экспертизаҳои забоншиносӣ ва коршиносии лоиҳаҳо роҷеъ анҷом додааст, узви сексияҳои забоншиносии ИЗА ба номи Рӯдакӣ, ДДОТ ба номи С.Айни, ДМТ, узви Шӯрои дифои рисолаҳои номзадӣ ва доктории ИЗА ба номи Рӯдакӣ, ДДОТ ба номи С.Айни, дабири масъули маҷаллаи илмӣ “Аҳбори Академияи илмҳои ҚТ. Шуъбаи илмҳои ҷамъиятӣ” ва “Гузоришҳои Академияи илмҳои ҚТ. Шуъбаи илмҳои ҷамъиятӣ”, узви ҳайати таҳририяи маҷаллаи илмӣ “Суханшиносӣ”, узви ҳайати таҳририяи маҷаллаи “Маҷмӯаи таҳқиқии Осиеи Марказии Донишгоҳи Кангнам”-и Кореяи Ҷанубӣ, узви Иттифоқи рӯзноманигорони Тоҷикистон, узви Созмони ҷанговарони интернационалист мебошад.

Дар назди кафедраи забони тоҷикӣ мунтазам маҳфили адабии “Авҷи Зухал” амал менамояд, ки соли 2015 узви ин маҳфил Чориева Д. дар озмуни ҷумҳуриявии телевизионӣ “Килки сабз” сазовори ҷойи якум гардид ва нахустин маҷмӯаи осори адабиашро бо номи “Соҳили хаёл” ба таъби расонид.

Омӯзгори ҷавони кафедра Калонова М.Ҷ. моҳи декабри соли 2017 дар Шӯрои Диссертатсионии Д 999.116 ДДОТ ба номи С. Айни рисолаи номзадӣ худро дар мавзӯи «Таҳлили сохторӣ-маъноии ҳиссаҳои номии нутқ (исм ва сифат) дар ашъори Ҳофиз Шерозӣ» дифоъ намуд. Бояд қайд намуд, ки Калонова М.Ҷ. дар давоми фаъолияти худ дар чандин конфронсҳои илмӣ ҷумҳуриявӣ иштирок намуда, мақолаҳои худро дар маҷаллаҳои гуногун ҷоп намудааст. Моҳи апрел дар конференсияи ҷумҳуриявии Донишгоҳи миллии Тоҷикистон дар мавзӯи «Сифатҳои нисбӣ дар повести «Одина»-и С.Айни» ва дар конфронси байналмилалӣ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар мавзӯи «Чанд вожаи мураккаби вижаи Ҳофиз (дар доираи исму сифат)» (2018) суҳанронӣ кард. Ҷамҷунин дар конфронси апрелии донишҷӯён ва олимони ҷавони донишҷӯёни тиббӣ бо маърузаи худ «Гидронимҳо дар ашъори Ҳофиз» ҷойи дуумро соҳиб гашт. Бахшида ба Рӯзи ҷавонон санаи 27-майи соли равон омӯзгори кафедра Калонова М.Ҷ. дар озмуни “Омӯзгори ҷавони соли 2019” сазовори ҷойи аввал гардида, аз ҷониби Раёсати донишгоҳ бо диплому мукофотҳо кадрдонӣ гардид. Донишҷӯи курси дуҷуми факултети тиббӣ Ҳомидов Иззатулло таҳти сарвари доктори илмҳои филологӣ, профессор Қосимов О.Ҳ. дар Олимпиадаи ҷумҳуриявии донишҷӯёни муассисаҳои таҳсилоти олии касбӣ барои дарёфти “Ҷоми Академияи илмҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон” ширкат варзида, сазовори ҷойи якум гардид ва бо диплом кадрдонӣ карда шуд.

Донишҷӯи курси 2-юми факултети тиббӣ, гурӯҳи 45 Ҳомидов Иззатулло соли 2019 дар барнома-озмуни “Студияи ровиён”-и Телевизиони мусиқии Тоҷикистон “Шаҳнавоз” ва Кумитаи телевизион ва радиои назди Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон барои иштироки фаъолона, санъати зебои суҳанварӣ, суҳандонӣ сазовори ҷойи аввал ва диплом гардид.

Донишҷӯёни курси сеюми донишгоҳ Содиқова Малика ва Шарофова Мехрангез тахти роҳбарии устодони кафедра мохи июни соли 2019 барои иштироки ҷаҳол ва ҷойҳои ифтихорӣ дар давраи шаҳрии озмунҳои иншоӣ бехтарин дар мавзӯи “ Душанбе – шаҳри сулҳ ” ва “ Душанбе: дирӯз, имрӯз ва фардо ” бо мукофот ва ифтихорномаҳои Ҳукумати ш. Душанбе сарфароз гардиданд.

Дар кафедраи забони тоҷикӣ ба масъалаҳои тарбия низ аҳамияти ҷиддӣ дода мешавад. Устодони кафедра бо гурӯҳҳои кураторӣ аз рӯйи барномаи муайян дарсҳои тарбиявӣ доир менамоянд. Бо иштироки донишҷӯёни гурӯҳҳои кураторӣ ва берун аз он дар кафедра бахшида ба ҷашнҳои гуногун конференсия, ҷорабинҳои адабӣ – фарҳангӣ, мизи мудаввар, вохӯрӣ бо шахсони наҷиб роҳандозӣ мегардад. Дар доираи барномаи тарбиявӣ донишҷӯён ҳамроҳи омӯзгорон ба осорхона, театр, ҷойҳои таърихӣ шаҳр, китобхонаи миллии менамоянд, ки ин тадбир ба самараи тарбияи ватандӯстӣ, худшиносии миллии ва ифтихори ватандӯстии донишҷӯён бетаъсир нахоҳад монд.

Аз рӯзи таъсиси кафедра то имрӯз кормандони он дар навиштани осори илмӣ, илмӣ-оммавӣ, илмӣ-методӣ ва оммавӣ мувофиқи тавон саҳм гирифтаанд. Тӯли ин солҳо мутахассисони соҳибунвони варзида чун Т. Ваҳобов, А. Рустамов, Т. Самадов, З. Ҳасанова, М. Шарифов, Қ. Тӯраҳсанов ва дигарон ба сифати ҳамкорони соҳибтаҷриба паҳлу ба паҳлу бо кормандони асосӣ заҳмат кашиданд. Инчунин дар кафедра ба сифати корманди асосӣ мутахассисоне ба мисли Р.Р. Гаффарова, Қ.С. Саидова, М.Т. Самадова, Ҷ. Раҳмонова, С. П. Одинаев, Х. Билолов, Э. Раҳматов, Ш. Давлатов, Р.Х. Рабимова, Х. Боқиев, Н.Н. Аслонова, Ш. Ҷабборва, С. Ҳотамова, М. М. Давлатова, А.К. Абдурахимов ва дигарон ба кори таълиму тарбия шуғл варзидаанд. Дар баробари таълифи осори илмӣ кормандон ҳамеша дар бахши тарҷумаю таҳрири маводи илмӣ ва таълимӣ-методӣ саҳм доштаанд.

Дастовардҳои илмии кафедра тайи даҳ соли охир ба қарори зайл мебошанд: 113 мақолаю фишурдаи илмӣ, 2 монография; 58 мақолаҳои илмӣ-оммавӣ; 10 дастури таълимӣ-методӣ; 2 муҳавараи тиббӣ (русӣ-тоҷикӣ ва тоҷикӣ-англисӣ), 2 китоби дарсӣ; 3 китоби лугат дар заминаи истилоҳоти бахшҳои гуногуни тиб; 1 китоб дар мавриди шарҳи истилоҳоти тиббӣ, 2 дастури методӣ аз фанни забони англисӣ барои магистрҳо, аспирантҳо ва унвонҷӯёни тахассуси тиббӣ ва ғайра, ки кормандони кафедра зимнан ё ба сифати муаллифи таҳиягари асосӣ ва ё ҳамчун ҳамқалам дар кори таҳияи таълифи ин гуна осор саҳм доштаанд. Илова бар ин, як фарҳанги муҳтасари англисӣ-тоҷикӣ дар зери ҷоп аст, ки яке аз кормандони кафедраи мо дар ин кор саҳм дорад. Ҳамчунин кормандони мо дар таҳрири китоби дарсии забони олмонӣ барои донишҷӯёни донишгоҳи тиббӣ, дастури китобҳои дарсӣ ва дастурҳои таълимӣ-методии бешумор ҷаҳолна ширкат варзидаанд. Дар давоми солҳои 2018 – 2019 ҷандин мақолаҳои аъзои кафедра дар маҷаллаҳои муътабарӣ “ Аҳбори АИ ҶТ ” ва “ Гузоришҳои АИ ҶТ ” нашр гардидааст.

Аз соли таҳсили 2007-2008 дар кафедра фириристодагони 19 кишвари хориҷӣ, аз қабилӣ Покистон, Ҳиндустон, Миср, Малайзия, Афғонистон, Эрон, Ироқ, ИМА, инчунин фириристодагони ҷумҳуриҳои собиқ шӯравӣ ва ғайра ба омӯзиши забони тоҷикӣ пардохта ва ё мепардозанд. Дар айни ҳол гурӯҳи аз ҳама калонро фириристодагони Ҳиндустон ташкил медиҳанд. Барои осонии кор феълан як дастури таълимӣ-методӣ дар заминаи муштарақоти лексикӣ синтаксисии мавҷуд дар забонҳои тоҷикӣ ва Ҳиндӣ таҳия гашта, кормандони кафедра ният доранд, ки як китоби дарсии забони тоҷикиро барои донишҷӯёни хориҷӣ таълиф намоянд.

Силлабусу барномаҳои намунавии таълимӣ барои гурӯҳҳои тоҷикзабон, навомӯзон ва бакалаврҳо дар кафедра мавҷуд мебошад.

Дар назди кафедра ҷамъияти илмии донишҷӯён бо номи «Авҷи Зухал» амал мекунад, ки роҳбарии онро муаллими ботаҷриба Т.Ф. Раҳимов ба уҳда дорад ва шогирдон нахустин сабақи вобаста ба кори илмиро дар ҷаҳорҷӯби ин маҳфил аз бар менамоянд.

Тӯли ҷанд соли охир ширкати донишҷӯён дар конференсияҳои солонии донишгоҳ ҷаҳолтар гашта, танҳо дар ҷараёни содди таҳсили 2018-2019 дар маҷмӯъ 15 тан аз шогирдон тахти роҳбарии кормандони кафедра маводи илмии ҳешро ба ҷоп расониданд.

Лозим ба ёдоварист, ки 3 - 4 – уми июли соли 2018 бо ташаббуси мудири кафедра, д.и.ф., профессор Қосимов О.Ҳ. дар ҳамкорӣ бо донишмандони Кореяи Ҷанубӣ як конференсияи байналмилали доир гардонда шуд, ки ба мавзӯи арзиши Роҳи абрешим ихтисос ёфта буд. Дар кори конференсия намояндагони кишварҳои Кореяи Ҷанубӣ, Россия, Ўзбекистон ва ғайра ширкат варзиданд. Зимни ин нишаст кормандони кафедра ба танҳои ё дар ҳамқаламӣ бо муаллифони дигар 11 мавдро ба дасти ҷоп супориданд. Дар таърихи мавҷудияти кафедра бори аввал чунин як нишаст хеле баландпоя доир гашт, ки бешубҳа барои ба ҷӯшу хурӯш овардани нерӯҳои ақлонии кафедра тақони ҷиддӣ бахшид.

Қобили зикр аст, ки солиёни зиёд кафедра мавзӯи мушаххаси илмӣ надошт ва хушбахтона, бо саъю талоши бевоситаи мудири кафедра — д.и.ф., профессор Қосимов О.Ҳ. мавзӯи илмии кафедра зери номи «Мукамалгардонии усули рушди забони касбии тоҷикии донишҷӯёни бахши тиб бо истифода аз технологияҳои инноватсионӣ дар шароити кунунӣ» қабул гардид, ки ҳадаф аз он пайдор гардонидани заминаҳои методӣ ва фаннии ҷараёни таълим мебошад.

Ҳоло кормандони кафедра танҳо бо ширкат дар нишасту конференсияҳои ватанӣ конеъ нашуда, ба маҳфилҳои ҳаммонанд дар кишварҳои хориҷаи дуру наздик маводи илмӣ мефиристанд дар чунин маҳфилҳои суханронӣ намуда, илми филологияи тоҷикро муаррифи мекунанд. Масалан, профессор О. Ҳ. Қосимов аз соли таҳсили 2017-2018 то имрӯз сарварии кафедра ба дӯш дорад, дар конференсияҳои илмии Ҳиндустон, Туркия, Чин ширкат ҷустааст. Махсусан саҳми дотсент А.И. Юсуфов дар таълифи маводи илмӣ, таҳияи лугатҳои соҳавӣ дар заминаи тиб, ширкат дар нишастҳои имии ҷумҳуриявӣ тӯли 29 соли охир ҷаҳолтар аз дигарон ба назар мерасад. Дотсент Р.Г. Хидиров дар нишастҳои илмии Ҷумҳурии Ўзбекистон ҷаҳолна

хузури хешро мерасонад. Доктори илми филология, дотсент Расулов С.М. (ба сифати ҳамкор), номзади илми филология Калонова М.Ҷ., устодони кафедра Шодиматова М.К., Олимова М.М., Зухуров Н.Б., Суфиева Г.А., Саидова Б.М., Раҳимов Т.Ф., инчунин кормандони соатбайъ Мачидова Б.М., Турсунова З.Г. ҳар кадом дар таълифи маводи илмӣ, илмӣ-методӣ, илмӣ-оммавӣ саҳми назаррас доранд.

Ҳайати

кормандони кафедраи забони тоҷикӣ

1. ҚОСИМОВ ОЛИМҶОН ҲАБИБОВИЧ, мудири кафедра, доктори илми филология, профессор
2. ЮСУФОВ АБДУЛЛО ИСМОИЛОВИЧ, номзади илми филология, дотсент
3. РАСУЛОВ СУҲАЙЛӢ МИРҚОЗИЕВИЧ, номзади илми филология, дотсент
4. ХИДИРОВ РАҶАБАЛӢГУЛАҲМАДОВИЧ, номзади илми филология, дотсент
5. КАЛОНОВА МАҲИНА ҶУМЪАБОЕВНА, номзади илми филология, омӯзгор
6. ЗУҲУРОВ НУРМУҲАММАД БОБОЕВИЧ, омӯзгори калон
7. ШОДИМАТОВА МАЛИКА КАРИМБЕРДИЕВНА, омӯзгори калон
8. ОЛИМОВА МАВЛУДА МУРОДУЛЛОЕВНА, омӯзгори калон
9. СӢФИЕВА ГУЛБОНУ АҲМАДОВНА, омӯзгори калон
10. САИДОВА БАҶГИГУЛ МИРЗОЕВНА, омӯзгор
11. РАҲИМОВ ТАВАККАЛ ФАЙЗАЛИЕВИЧ, омӯзгор
12. МАҶИДОВА БАҲРИНИСО МУҲАММАДИЕВНА, омӯзгори ҳамкор
13. ТУРСУНОВА ЗӢҲРО ГУРЕЗОВНА, омӯзгори ҳамкор
14. СИРОҶИДДИНОВ МУНИС ЭРКИНҶОНОВИЧ, мудири кабинет
15. НИЁЗОВА ШАҲНОЗА НИЁЗБОҶИЕВНА, лаборанти калон

Кафедраи забони тоҷикӣ дар тамоми маърақаҳои ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино фаъол буда, дар таҳкими мақоми забони давлатӣ, амалӣ шудани сиёсати забонии Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳти сарвари Асосгузори сулҳу Ваҳдати миллӣ, Пешвои миллат, Президенти муҳтарам Тоҷикистон Эмомалӣ Раҳмон, интишори арзишҳои миллӣ ва илми классики тоҷик, таълиму тарбияи толибилмон дар Донишгоҳ саҳми арзандаи хурд мегузорад ва минбаъд низ хоҳад гузошт.

Кафедраи забони тоҷикӣ аҳли Донишгоҳро бо 80 – солагии таъсисёбии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино табрику таҳният гуфта, минбаъд фаъолияти хешро ба хошти тарбияи табибони босаводу салоҳиятманд, рушди Донишгоҳи азиз ва илму маърифати тоҷик ба роҳ мемонад.

Қосимов О.Х. – мудири кафедраи забони тоҷикӣ, доктори илмҳои филология, профессор;

Зухуров Н.Б. – муаллими калони кафедра;

Шодиматова М.К. – муаллими калони кафедра.

ТАЪРИХ ВА ДУРНАМОИ КАФЕДРАИ ТАРБИЯИ ҶИСМОНИИ ДДТТ БА НОМИ АБӢАЛӢ ИБНИ СИНО

Мудири кафедра Аслонов Д.М.

1. Таърихи таъсисёбӣ

Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар таърихи кишвари азизи мо яке аз қуҳантарин ва собиқадортарин муассисаҳои таълимиву илмӣ ба шумор рафта, соли 1939 бо номи «Донишқадаи тиббии Сталинобод» таъсис ёфтааст.

Аз рӯзҳои аввали таъсисёбӣ ба соҳаи варзиш ва солимгардонӣ аҳамияти ҷиддӣ дода мешуд. Зеро ба ҳама маълум аст, ки саломатӣ ва варзиш ба ҳам тавъаманд ва ҳамдигарро пур мекунанд.

Суроғаи кафедраи тарбияи ҷисмонӣ: шаҳри Душанбе, ноҳияи Исмоили Сомонӣ, хиёбони Рӯдакӣ – 141. Рақами телефон барои муроҷиат: 224-38-73.

2. Устодони собиқадори кафедра

Аввалин касе, ки фанни тарбияи ҷисмониро дар муассиса таълимӣ меод, омӯзгори рӯстабор Е. К. Колокифас буд. Баъдтар, дар ин замина, яъне ҳангоми таълими фани мазкур кафедраи санитарияи ҷарбӣ ва омодагии ҷисмонӣ ташкил ёфт. Роҳбарии кафедраро Е. П. Химич ба зимма дошт. Химич бо қобилияти ташкилотчиӣ ва фаъол буданаш байни устодони муассиса имтиёзибештар дошт. Соли 1948 маҳз бо талошҳои ӯ ва дастгирии раёсати донишгоҳ (он замон донишқада) кафедраи алоҳидаи тарбияи ҷисмонӣ ва варзиши шифойӣ таъсис дода шуд. Ёдовар шудан бамаврид аст, ки кафедра дар солҳои вазнин, пас аз ҶБВ ташкил гардид.

Дар кафедраи мазкур И. И. Чернишенко, В. И. Попушин, Р. Г. Кривитская, Е. А. Ефимов, М. А. Столяр, Т. С. Мгеладзе, Ю. И. Бахтизин, Н. О. Одинаев, Умаров А.М., Ибрагимов У.Х., Ф. С. Муъминов ва дигарон фаъолият доштанд. Дар кафедра ҳамчунин муаллимон калон Ш. Э. Носиров, Н. Х. Ҳасанбоев, муаллимон Мавлонов Б.А., Мусоев Ҳ.Н., Бобочонов В.А. ва дигарон қору фаъолият мебаранд.

3. Муваффақиятҳои шогирдонии кафедра

Дар оғози солҳои ҳафтодуми асри XX дар микёси Иттиҳоди Шӯравӣ ба соҳаи варзиш ва солимгардонии ҷомеа эътибори ҷиддӣ дода шуд. Афзудани шумораи донишҷӯён дар муассиса водор мекард, ки дар назди Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино дастаи варзишӣ ташкил ёбад. Зеро ташкил ёбии даста барои иштирок дар мусобиқаҳои варзишии ҷумҳуриявӣ ва умумииттифоқӣ замина ба ҳисоб мерафт.

Аз ин хотир, кафедраи алоҳидаи тарбияи ҷисмонӣ ба фаъолият оғоз кард ва минбаъд дар ташкили дастаи варзишӣ мусоидат намуд. Бо таъсис ёфтани даста зуд маълум гардид, ки воқеан ҳам донишҷӯёни Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар соҳаи варзиш пешқадам буданд. Онҳо инро бо ишти-

роки худ дар мусобиқаҳои сатҳи гуногун собит менамуданд. Ҳатто барои ҳифзи шаъну шарафи ИҶШС (собик Иттиҳоди Шӯравӣ) мубориза бурда, борҳо пируз омада буданд.

Дар ин росто месазад, ки ҳиссаи шоистаи мураббӣ оид ба гимнастика, мутахассиси ботачрибаи варзиш Д. С. Черноек, мураббӣ оид ба варзиши сабук, мураббии шоистаи Тоҷикистон В. Г. Давидянс, мураббии шоистаи Тоҷикистон Т. С. Мгеладзе, мураббии шоистаи Тоҷикистон Н. О. Одинаевро махсус зикр намоём. Маҳз бо фаъолияти босамари эшон донишгоҳ ба натиҷаҳои баланд дар соҳаи варзиш мушарраф гардида буд.

Бахусус, дастаи занони волейболбози донишгоҳ солҳои зиёд дар байни мактабҳои олии 15 кишвари шӯравӣ пешсафиро аз даст надоданд.

Кафедраи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино он замон бештар аз 50 варзишгари дараҷаи олиро омода ва ба мусобиқаҳои сатҳашон гуногун сафарбар мекард.

4. Мудирони кафедра

Шурӯъ аз соли 1948, ки ба таъсисёбии кафедраи алоҳидаи тарбияи ҷисмонӣ дар донишгоҳ рост меояд, кафедра таҳти роҳбарии панҷ мудар фаъолият намудааст. Аз ҷумла, Е. К. Химич (1948-1971), Э. Н. Дворецкий (1971-1975), Т. С. Мгеладзе (1975-2006), А. М. Умаров (2006-2009), Ш. С. Сағдиева (2009-2016) барои бештар шудани корҳои тарбиявӣ дар кафедра ва ба камол расондани варзишгарони муваффақтаҷрибадор ранҷи кашидаанд. Аз соли 2017 инҷониб мудирии кафедраро мутахассиси ҷавону болаёқат Далер Аслонов ба ӯҳда дорад.

Мухтасар дар бораи мудирони кафедра:

Химич Евгений Петрович

Соли 1915 дар шаҳри Красногради вилояти Харьков, дар хонаводаи хизматчи давлатӣ ва коргар таваллуд шудааст. Ба миллат украинист. Соли 1935 Донишкадаи давлатии тарбияи ҷисмонӣ ва шӯъбаи кадрҳои умумишӯравиро хатм кардааст. Баъдтар солҳои 40-уми асри гузашта ба Тоҷикистон фиристода шуда, дар соҳаи тарбияи ҷисмонӣ ба кор оғоз намудааст.

То соли 1948, то замоне, ки ба кор дар Донишгоҳи тиббӣ ҷалб гардид, дар самтҳои гуногуни варзиш ва тарғибу ташвиқи он фаъолият бурда, баъдан ба сифати омӯзгори калон дар кафедраи тарбияи ҷисмонии ДДТТ ба кор оғоз кард. Соли 1951 Химичро ба вазифаи мудирии кафедраи мазкур таъйин карданд ва он ҷо содиқона фаъолият намуд.

Дворецкий Эдуард Николаевич

Соли 1936 ба дунё омадааст. Ҷумла КАСС буд. Соли 1957 Донишкадаи педагогии ш. Душанбе ба номи Т.Г. Шевченко (ҳоло Донишгоҳи давлатии омӯзгории Тоҷикистон ба номи Садриддин Айни)-ро хатм кардааст. Аз соли 1961 то соли 1967 дар ДДТТ таҳсил карда, то соли 1970 бо кори илмӣ саргарм будааст.

Аз ноябри соли 1970 ба кафедраи тарбияи ҷисмонии ДДТТ ба кор омада, соли 1972 мудирӣ ҳамин кафедра таъйин мешавад. Дар давоми панҷ соли фаъолиятҳои корҳои варзишӣ дар донишгоҳ тақвият ёфта, пеш меравад.

Мгеладзе Тариел Самсонович

Соли 1932 дар шаҳри Гудаутаи Гурҷистон ҷашм ба олам кушодааст. Соли 1957, пас аз хатми мактаб ба Донишкадаи давлатии Гурҷистон оид ба тарбияи ҷисмонӣ шомил шуда, онро соли 1957 хатм кардааст.

Баъди ба кор дар ДДТТ ҷалб шудани Мгеладзе Тариел Самсонович, волейбол мақоми аввалро соҳиб гашт. Шухрати духтарони волейболбози ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба Мгеладзе Т. С. саҳт робита дорад. Зеро маҳз заҳматҳои соҳавии ӯ духтарони волейболбози донишгоҳро қаҳрамони Душанбе ва Тоҷикистон кардааст.

Дастаи ташаккулдодаи ӯ соли 1963 дар Спартакиадаи халқҳои СССР иштирок кард. Ҳамчунин борҳо дар бозиҳои финалии волейболбозон ширкат варзида, номаш дар байни мактабҳои олии Иттиҳоди Шӯравӣ машҳур шуд. Дар замони фаъолияти Мгеладзе намуди волейбол яке аз номвартарин намудҳои варзиш дар донишгоҳ ба шумор мерафт. Зеро он солҳо нафарони зиёд ҳамчун варзишгарони дараҷаҳои 1, 2 ва 3 тарбия ёфта, иштирокчи мусобиқаҳо гаштанд.

Умаров Аҳмад Мирзовалиевич

Соли 1955 таваллуд шуд. Ӯ соли 1979 Донишкадаи тарбияи ҷисмонии ба номи М. И. Калининро хатм кардааст. Аз соли 1981 ба кафедраи тарбияи ҷисмонии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба сифати омӯзгор ба кор омадааст.

Соли 1976 ба унвони Устои варзиши СССР доир ба ғуштини тарзи озод ва соли 1978 Устои варзиши СССР оид ба панҷарбаи баҳрӣ мушарраф гардидааст. Ғолиби мусобиқаи шиноварӣ дар Тоҷикистон ва аъзои ҳайати доварони категорияи ҷумҳуриявирошта доир ба шиноварӣ ва ғуштини тарзи озод мебошад.

Қайд кардан ба маврид аст, ки дар замони мудирии Умаров А. М. донишҷӯёни варзишгари ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба муваффақиётҳои назаррас ноил шудаанд.

Сағдиева Шоиста Самаровна

12-уми апрели соли 1960 дар шаҳри Душанбе ба дунё омадааст. Хатмкардаи МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. Ҳамчунин, аспирантураро дар шӯъбаи ғоибонаи Сибир (ИҶШС) хатм кардааст.

Аз соли 1998 то имрӯз дар вазифаҳои гуногун кору фаъолият бурда, дар солимгардонии ҷамъияти донишҷӯён ҳиссаи шоиста дорад. Дар давоми фаъолиятҳои худро ҳамчун мутахассиси хуб ва бомасъулият, сарвари кордон ва ташкилотчи хуб нишон додааст.

Соли 2009 бо сабабҳои номаълум дар кафедраи тарбияи ҷисмонӣ фанни валеология (валеология–илмдарборанитарзиҷаётисолими) ҳамроҳ карда шуд, ки дар натиҷа номи кафедра ба валеология ва тарбияи ҷисмонӣ иваз

карда шуд ва дар кафедра Сағдиева Шоиста Самаровна аввалин мудирӣ ғайри ихтисосӣ тарбияи ҷисмонӣ таъин карда шуд.

Аслонов Далерҷон Ислонобевич

13-уми ноябри соли 1987 дар деҳаи Басмандаи ноҳияи Деваштиҷ(собик Ғонҷӣ) таваллуд шудааст. Соли 2009 Донишқадаи тарбияи ҷисмонии Тоҷикистонро бо дипломи аъло хатм кардааст. Аз соли 2008 то 2015 дар гимназияи ба номи Низомӣ, литсей интернати Президентӣ ва гимназияи №53 ба номи М.Маҳмудоваи шаҳри Душанбе фаъолият кардааст. Аз соли 2014 ба ҳайси муаллими ҳамкор дар кафедраи валеология ва тарбияи ҷисмонии МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба фаълият оғоз кард.

Бо талаботи замон ва пешрафти варзиш ва тарбияи ҷисмонӣ соли 2017 фанни валеология аз барномаи таълимӣ ихтисор карда шуда, кафедраи тарбияи ҷисмонӣ аз нав барқарор карда шуд. Аз соли 2017 то имрӯз мудирии кафедра ро Аслонов Д.И. бар ўҳда дорад.

Бояд гуфт, ки аз соли 2017, яъне дар вақти мудирии Аслонов Д.И. донишҷӯён ва кормандони МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ба пирӯзиҳои гуногун дар соҳаи варзиш соҳиб гардида, имрӯзҳо низ муваффақияти онҳо ба чашм мерасад.

5. «Сино» - дирӯз ва имрӯз

Дар назди кафедра клуби варзишӣ бо номи «Сино» таъсис дода шуд. Бояд гуфт, ки клуби мазкур ба ифтихори Шайхурраис Абӯалӣ ибни Сино номгузорӣ гардид. Он дар натиҷаи таваҷҷуҳи пайвастаи роҳбарияти донишгоҳ ташаккул ёфта, дар 8 бахши варзишӣ маҳфилҳо гузаронида мешавад. Дар маҳфилҳои донишҷӯёни зиёд ба тамрин фаро гирифта мешаванд. Қайд менамоем, ки имрӯзҳо клуби мазкур фаъл буда, варзишгарони зиёдеро тарбия ва ба камол расонида истодааст.

Аз ҷумла, дар гузаштаи тақрибан панҷоҳсола варзишгарони маъруфу номдор: И. Р. Ҳасанов – чемпиони дувоздаҳкаратаи ИҚШС, ҷоизадори Чемпионати ҷаҳон доир ба кайкронӣ (1962-1978), Э. Раҳимов, - чемпиони чандкратии Тоҷикистон, ҷоизадори Чемпионати ҷаҳон ва бозиҳои Осиё дар Тошканд ва чемпиони Федератсияи Русия оид ба ғуштини самбо (1998-2007), Н. Ноёфтов – ғолиби мусобикаи байналмилалӣ дар шаҳри Тошканд (1997), чемпиони Тоҷикистон оид ба ғуштини самбо (2006), У. Аҷичамил – чемпиони Тоҷикистон доир ба бокс (2007), устоди варзиши Ҷумҳурии Тоҷикистон, А. Умарзода – гирандаи ҷойи дувум дар Чемпионати ҷаҳон доир ба кингбокс дар шаҳри Техрон (2008). Н. Асрор – устоди варзиши Ҷумҳурии Тоҷикистон доир ба карате (2007) ва дигарон парвардаи клуби «Сино» мебошанд, ки МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино ҳамеша бо номи онҳо ифтихор мекунад.

6. Кафедраи тарбияи ҷисмонӣ дар замони истиқлол

Таъини солҳои соҳибистиқлолӣ бо мусоидату дастгириҳои пайвастаи Ҳукумати кишвар соҳаи варзиш беш аз пеш ривочу раванг меёбад. Муваффақиятҳои солҳои ахирбадастовардаи варзишгарони тоҷик, баҳусус медали биринҷии Расул Боқиев (дзю-до) дар Олимпиадаи Пекин, медали биринҷии Мавзуна Чориева (бокс) дар Олимпиадаи Лондон ва пирӯзии гурзандоз Дилшод Назаров дар Олимпиадаи Рио-де-Жанейро, далели ин гуфтаҳоианд.

Дар партави иқдомҳои созидаи Ҳукумати мамлакат дар МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино низ дар баробари омӯзиши нозуқиҳои илми тиб, барои бо намудҳои гуногуни варзиш фаро гирифтани донишҷӯён шароитҳои хуби муосир фароҳам оварда шудаанд. Аз ҷумла, тамоми дастаҳои варзишии таълимгоҳ бо либоси варзишӣ таъмин буда, майдону толорҳои тармиму таҷдид ва бо таҷҳизоти муосир мучаҳҳаз гаштаанд.

7. Фаъолиятҳои босамари кафедра

Фанни тарбияи ҷисмонӣ дар МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино мувофиқи нақшаи таълимӣ ба донишҷӯёни бахши яқум пурра барои як солтаълим дода мешавад. Дарсҳои мувофиқи нақша 96 соати таълимро дар бар мегирад.

Дар донишгоҳ бағайр аз соатҳои таълимӣ, боз маҳфилҳои варзишӣ амал мекунанд, ки донишҷӯён берун аз дарс таҳти роҳбарии устодон Аслонов Д.И. (волейболи духтарон), Мавлонов Б.А. (волейболи писарон) Мусоев Ҳ.Н. (ғуштини тарзи озод), Нишон Ҳасанбоев (футбол), Шамсиддин Носиров (ғуштини миллӣ), Бобочонов В.А. баскетбол ва Каримов Ҳ.Н.(шоҳмот ва бокс) машқу тамрин намуда, дар мусобикаҳои мухталифи кишвар қувваозмӣ мекунанд.

8. Комёбиҳои кафедра

Аз соли таъсисёбии кафедра донишҷӯён ва кормандони МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар мусобикаҳои варзишии гуногун иштирок намуда, ба муваффақиятҳо ва комёбиҳои назаррас ноил гардидаанд. Аз ҷумла:

- Ғолиби мусобикаи баскетбол байни духтарон бахшида ба 50-солагии баскетбол дар Русия, моҳи декабри соли 1956, шаҳри Сталинобод;
- Ишғоли ҷойи аввал дар мусобикаи Футбол миёни донишгоҳҳои олии ҷумҳурӣ дар соли 2008;
- Ишғоли ҷойи аввал дар мусобикаи баскетбол дар шаҳри Душанбе дар соли 2017;
- Ишғоли ҷойи аввал дар мусобикаи футболи хурд бо унвони “Ҷоми Вазир” байни муассисаҳои соҳаи тандурустӣ дар соли 2017;
- Ишғоли ҷойи аввал дар мусобикаи футболи хурд “Серия А” миёни дастаҳои ҳаваскор дар соли 2017;

Бояд гуфт, ки кафедраи тарбияи ҷисмонии МДТ ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар давоми фаъолият ба комёбиҳои зиёд ноил гардидааст...

НАШИ ДОСТИЖЕНИЯ. ИСТОКИ, ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Тохтаходжаева С.Т.¹, Джураева Ш.Ф.², Иброхимов Ю.Х.¹

¹Кафедра терапевтической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан
²ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Иваново, Россия

История – сокровищница наших деяний, свидетельница прошлого,
пример и поучение для настоящего, предостережение для будущего
Мигель Сервантес

В современной медицине существует огромное количество медицинских специальностей. Среди них профессия стоматолога остается престижной и востребованной.

В 2017 году стоматологический факультет Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино отметил 40-летний юбилей со дня основания.

У истоков стоматологического образования стояли замечательные врачи-практики, отдавшие все свои силы и знания на развитие и модернизацию факультета. Первым деканом стоматологического факультета был назначен доцент Джахонгиров А.Ч. (1977–1982 гг.). В разное время этот пост занимали: профессор Пашаев К.П. (1983–1987 гг.), доцент Мгеладзе Т.С. (1987–2000 гг.), доцент Субхонов С.С. (2000–2003 гг.), (2005–2009 гг.), (2015–2018 гг.), доцент Нарзуллоева Б.Б. (2003–2005 гг.), доцент Шарипов С.М. (2009–2013 гг.), доктор медицинских наук Джураева Ш.Ф. (2013–2015 гг.), к.м.н. Иброхимов Ю.Х. (2018-2019). В настоящее время на должности декана стоматологического факультета работает доцент Каландарзода Е.К.

За эти годы подготовлено около 3000 специалистов, работающих во благо таджикской медицины и за рубежом. В юбилейном году состоялся 35-й выпуск врачей-стоматологов. Сегодня на стоматологическом факультете обучается более 700 студентов.

Подготовка профессиональных кадров в ТГМУ им. Абуали ибни Сино началась с открытия кафедры терапевтической стоматологии, которую возглавил доктор медицинских наук, профессор Курбан Пашаевич Пашаев (1979-1990). Родившись в Туркмении, профессор Пашаев К.П. после защиты докторской диссертации в Центральном научно-исследовательском институте г. Москвы, приехал в Душанбе. В течение своей 12-летней деятельности на посту заведующего кафедрой проводил научные исследования по изучению эпидемиологии основных заболеваний полости рта в различных климатогеографических условиях Таджикистана. Будучи главным специалистом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан, Курбан Пашаевич был научным руководителем 5 кандидатских диссертаций, автором более 300 научно-педагогических работ и 12 монографий.

Первая кандидатская диссертация по шифру «Стоматология» была успешно защищена доцентом кафедры терапевтической стоматологии Султоном Махмудхоновичем Махмудхоновым в 1968 году, который представил свои научные разработки в области некариозных поражений твердых тканей зубов.

После возвращения профессора Пашаева К.П. на родину (Республика Туркменистан) кафедру терапевтической стоматологии возглавляли и внесли огромный вклад в совершенствование обучения врачей-стоматологов: кандидат медицинских наук, доцент Файзиев И.Д. (1990-1995), доктор медицинских наук, профессор Ашуров Г.Г. (1996-1997), (2005-2011), кандидат медицинских наук, доцент Ирмухамедова И.Х. (1997-2005), доктор медицинских наук Джураева Ш.Ф. (2011-2015). Ныне кафедрой заведует кандидат медицинских наук, доцент Тохтаходжаева С.Т.

Стоматологический факультет по праву является одним из самых приоритетных и перспективных подразделений ТГМУ им. Абуали ибни Сино, на развитие которого затрачиваются значительные материальные и интеллектуальные ресурсы. В 2007 году по инициативе (в то время) ректора университета, профессора Курбанова У.А., была создана клиническая база – УКЦ «Стоматология», объединившая профильные кафедры, с 26 учебными и лечебными аудиториями, оснащёнными современным оборудованием. А в 2017 году по распоряжению нынешнего ректора университета, профессора Гулзода М.К., в центре обучения практических навыков был организован стоматологический кабинет, оснащённый современным оборудованием и фантомами. В 2019 году после реконструкции здания учебно-клинического центра «Стоматология», площадь которого расширилась, в связи с этим, увеличилось число учебных и лечебных кабинетов, также оборудован фантомный класс, оснащенный современными стоматологическими инструментами, оборудованием и материалами. Вследствие чего повысился уровень научно-образовательной деятельности, качество развития, что способствует укреплению основных профессиональных компетенций у студентов.

Профессорско-преподавательский состав кафедры все эти годы добросовестно выполнял профессиональный, врачебный и педагогический долг для развития стоматологии Таджикистана. За эти годы опубликовано более 700 научных работ, в том числе монографии, учебные пособия и рекомендации, внедрены изобретения и рационализаторские предложения.

Подготовка научно-педагогических кадров, методическое обеспечение образовательного процесса на факультете неразрывно связаны с именем профессора Ашурова Г.Г. Создав достойный коллектив единомышленников, профессор Гаюр Гафурович обучил и воспитал собственные кадры. Область научных интересов – междисциплинарные подходы в стоматологии, эндодонтия, пародонтология, дентальная имплантология. Под его руководством защищены 2 докторские и 15 кандидатские диссертации.

В настоящее время под руководством доцента Тохтаходжаевой С.Т. сотрудниками и аспирантом кафедры ведется научно-исследовательская работа в направлении диагностики, профилактики и методов лечения больных с эндодонто-пародонтальной патологией и заболеванием слизистой оболочки полости рта. Изучаются кристалло-

граммы десневой жидкости в зависимости от тяжести пародонтальной патологии. По результатам научной работы кафедры выпущены статьи в сборниках конференций и журналах республики Таджикистан и Российской Федерации, разработаны акты внедрения.

В последние годы значительный интерес среди мероприятий клинического профиля вызывают студенческие стоматологические олимпиады. Успешно развивая студенческое научное общество на кафедре терапевтической стоматологии, доктор медицинских наук Джураева Ш.Ф. передавала профессиональное мастерство ученикам, развивала интерес к научно-исследовательским разработкам, способствуя развитию клинического мышления. Этот период ознаменовался новым витком развития и становления студенческой науки и практики авторитетных профессионалов и специалистов.

1-3 октября 2013 года в ТГМУ им. Абуали ибни Сино в рамках III съезда стоматологов Республики Таджикистан была организована II Международная олимпиада по стоматологии среди студентов II-V курсов. Олимпиада проходила в живописном уголке нашей республики в знаменитом гостинично-оздоровительном комплексе «Ходжа оби гарм».

Гости – специалисты в области челюстно-лицевой и пластической хирургии Университетской клиники им. Гёте (г. Франкфурт на Майне, Германия) провели мастер-классы с демонстрацией современных технологий и материалов.

За кубок победителя боролись команды стоматологических факультетов из 5-ти Высших учебных заведений разных стран – Киргизской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева (г. Бишкек); Киргизско-Российского Славянского Университета им. Б.Н. Ельцина (г. Бишкек); **Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова** (г. Алмата); **Карагандинского государственного медицинского университета** (г. Караганда) и Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Этапы конкурса включали: научную сессию, анатомический вебинар, конкурс «Сделано своими руками». Члены жюри во главе с профессорско-преподавательским составом Университетской клиники им. Гёте после длительной и многоэтапной борьбы нашей команде студентов присудили почётное II место.

Новые профессиональные встречи, обмен полезной, развивающей, интересной информацией всегда способствуют усовершенствованию лечебного и педагогического процесса, развивают международное сотрудничество.

Подготовленные под руководством Шароры Файзовны научно-исследовательские работы неоднократно награждались призовыми местами и благодарностями на Всероссийских олимпиадах и международных конференциях.

С 24 по 26 октября 2013 года на базе Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова проходил Международный интеллектуальный марафон – III стоматологический брейн-ринг среди клинических ординаторов. Нашу команду участников представили клинические ординаторы Тохтаходжаев Далер, Сочаев Отажон, Обидов Самандар. Среди участников олимпиады – Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, **Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова**, **Белорусский государственный медицинский университет**, Нижегородская государственная медицинская академия, **Центральный научно-исследовательский институт стоматологии**. Основные этапы конкурса: ознакомительная презентация ВУЗа, научный доклад, брейн-ринг (вопросы по актуальным стоматологическим проблемам). Команда наших ординаторов стала серебряным призером.

Многие студенты стали авторами и соавторами публикаций в научных журналах, выступили с докладами не только в нашем университете, но и за границей.

25-26 апреля 2013 года в Первом Московском Государственном Медицинском Университете имени И.М. Сеченова проходила научно-практическая конференция с международным участием «Медицинская весна». Участники – молодые ученые и студенты из 35 городов Российской Федерации, стран дальнего и ближнего зарубежья. Работа конференции проходила по 12 научным секциям. Наш университет достойно представили с докладами Бахром Латифи, Артыкова Нигина (доклад на английском языке), Латипова Рухшона, Назарализода Нилуфар. Студент Бахром Латифи был удостоен награды гран-при и Диплома победителя за лучший научный доклад в секции «Стоматология».

5-7 декабря 2013 года на базе Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова проходил V Международный молодежный медицинский Конгресс «Санкт-Петербургские научные чтения – 2013». В работе Конгресса принимали участие студенты, молодые ученые из 46 городов Российской Федерации, а также из Украины, Беларуси, Казахстана, Таджикистана, Армении, Узбекистана и Бразилии. Всего работало 39 научных секций. С докладами на секции стоматологии выступили наши студенты – Мунираи Шермад, Джурабаева Дильноза, Саидов Фарход, Махмудова Азиза, Холова Ситора. Бронзовыми призерами стали Махмудова Азиза и Холова Ситора, которые получили дипломы III степени. Студенты приобрели новый опыт и знания в области научных интересов, обменялись со своими сверстниками творческими идеями, ознакомились с оснащением и работой кафедр университета.

Активизировались и расширились потенциальные возможности студентов стоматологического факультета, желающих принимать участие в научных, учебно-профессиональных стажировках, конференциях за границей.

С 24 февраля по 2 марта 2014 года в г. Чикаго (штат Эллинойс, США) состоялась 149-я зимняя конференция стоматологического сообщества. На конференции участвовало 29830 человек: стоматологи, преподаватели вузов, аспиранты и студенты, врачи-гигиенисты, представители прессы и др. В работе форума активное участие приняла наша студентка Назарализода Нилуфар. Ее выступление в постерной секции на английском языке было отмечено дипломом и сертификатом.

Особенностью конференции явилось использование современных технологий и методов интерактивного обучения. Назарализода Н. приняла участие в мастер-классах, курсах клинических экспериментов, лекционных курсах, выполнила стоматологические манипуляции на муляжах и биоматериалах. Поездка на конференцию позволила усовершенствовать навыки общения на английском языке, наметить перспективные научные направления для дальнейшего изучения и развития стоматологии.

Доброй традицией факультета стало внедрение проекта Летней школы стоматологов. Практико-ориентированное мероприятие носит междисциплинарно-образовательную направленность и способствует подготовке врача, обладающего коммуникативными и профессиональными навыками. Студенты-волонтеры обучаются основам скрининговых исследований, усваивают теоретические и мануальные навыки, приемы и методы общения с пациентами, проводят массовое стоматологическое обследование детей и подростков, профилактическую работу, отрабатывают основы оформления медицинской документации.

В 2012 году Летняя школа стоматологов была организована и проведена в Варзобском районе. Стоматологическое обследование проведено среди 1000 детей в лагерях «Чайка», «Обшорон», «Зимчуруд», «Шарора», «Гулхан», «Орзу». В 2013 году Летняя школа продолжила свою работу в г. Ходженте Согдийской области. Обследовано 500 детей и подростков в лагерях «Шохин» и «20-солагии Истиклолият», расположенных на территории санаторно-курортного комплекса Кайракум.

Освоение новых стоматологических технологий, внедрение концепции современного высшего образования, мотивация студентов к научно-исследовательским работам продолжается и ныне.

25 марта 2016 года в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова прошла IV Всероссийская студенческая Олимпиада по пропедевтике стоматологических заболеваний с международным участием «Первые шаги в стоматологии». В нем участвовали представители 52 медицинских вузов Российской Федерации, стран дальнего и ближнего зарубежья. Из нашего университета принял активное участие в олимпиаде студент 2-го курса стоматологического факультета Муроди Амон под руководством доцента Тохтаходжаевой С.Т. В сложной конкурсной программе, которая состояла из 10 заданий мануальных навыков, разделенных на шесть блоков: терапевтический, ортопедический и хирургический, реанимацию, анатомо-топографический, организационный, симуляционный, Муроди Амон, показав свои навыки, стал победителем в номинации компании «Президент», награжден дипломом и памятным подарком.

2 апреля 2016 года в стенах учебно-клинического центра «Стоматология» нашего университета была организована олимпиада «Молодые стоматологи» среди студентов 2 курса стоматологического факультета. Конкурсная программа олимпиады состояла из 10 вопросов по пропедевтике терапевтической стоматологии и показа способностей по 10 практическим навыкам, совмещенным с культурным выступлением. Все конкурсанты получили сертификаты участника и награждены памятным подарком.

31 марта 2017 года в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова состоялась юбилейная V Всероссийская студенческая олимпиада по пропедевтике стоматологических заболеваний с международным участием «Первые шаги в стоматологии». В Олимпиаде приняли участие студенты из 41 вуза России и ближнего зарубежья. В олимпиаде студенты должны были показать свои знания и проявить способности по 10 заданиям в 5 секциях. Наш университет представила студентка 2-го курса стоматологического факультета Муладжанова Нодира, став призером в номинации «Лучший участник по мнению стоматологической компании PresiDENT», она была удостоена диплома и награды.

На олимпиадах студенты ознакомились с новейшими технологиями, приобрели новый опыт и знания в дентальной имплантологии. Практиковались в прямой реставрации зуба современными композитными, в компьютерной моделировке коронки зуба и познакомились с коллегами из других стран, обменявшись творческими идеями.

6 мая 2017 года в ТГМУ им. Абуали ибни Сино кафедрой была организована олимпиада «Первые шаги в стоматологии» среди студентов 2 курса стоматологического факультета. В конкурсе выступили 15 студентов с докладами и презентациями на темы по пропедевтической стоматологии. Члены жюри во главе с профессорско-преподавательским составом профильных кафедр и деканом стоматологического факультета после длительных дебатов наградили дипломом за I место Саломзода Ганижона, за II место Шамсудионова Мехривара и за III место – Ахророва Парвиза. Всем участникам были вручены сертификаты и, кроме этого, они награждены памятным подарком.

19 апреля 2019 года в научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Научная дискуссия: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине» в секции стоматологии, ЛОР-болезней и офтальмологии среди 24 выступлений была отмечена студентка 4 курса стоматологического факультета Мулладжанова Н., которая удостоилась диплома I степени за лучший доклад и награждена памятным подарком.

На кафедре активно проводится воспитательная работа для проявления у студентов чувства патриотизма и гуманности, любви к родине, уважения к старшим, заботливости нуждающимся. Мероприятия, проводимые на кафедре, формируют у студентов интеллектуальный мир, расширяют культурный и духовный кругозор. Ассистенты кафедры со студентами младших курсов стоматологического факультета посещают библиотеки, музеи, с благотворительной целью детские дома, интернаты, дома престарелых и малоимущих.

ВКЛАД КАФЕДРЫ ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ И ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ В РАЗВИТИЕ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Раззоков А.А.

Становление травматолого – ортопедической службы и подготовка кадров начались в годы Великой Отечественной Войны и связаны с приездом в республику первых травматологов–ортопедов С.Г. Абрина, Г.Ф. Скоского-ренко и С.И. Баренбойм. В начале 50-х годов были организованы специализированное отделение на базе ГКБ №3 и травматологический пункт в г. Душанбе. В 1958 году в городской клинической больнице №1 открывается травматолого-ортопедическое отделение на 120 коек (80 для взрослых и 40 для детей), куда госпитализировались больные с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ОДА). На этой базе была организована кафедра травматологии и ортопедии ТГМИ, которая входила в число первых 10 кафедр медицинских ВУЗов страны. Организатором и первым руководителем была доцент Елена Гавриловна Локшина – участница ВОВ.

Учебная, лечебная и научно – исследовательская работа кафедры началась с сентября 1958 года. В организации и развитии травматолого–ортопедической службы и кафедры активное участие принимали ассистенты К.Л. Легкодимова, Б.Л. Жуков, Н.Я. Веселов, Л.А. Цейтлина и ординаторы отделения Б.И. Беккер, М.Л. Хапчик О.В. Тищенко, В.П. Давыдов и другие.

Росту конечной сети в республике способствовал ускоренный процесс подготовки молодых специалистов травматологов–ортопедов для лечебных учреждений и педагогов – для кафедр. Было получено разрешение на открытие субординатуры и интернатуры, специализации и усовершенствования, приёма в клиническую ординатуру и первичную специализацию. Основным направлением научной работы коллектива являлось экспериментальное и клиническое применение мягких полимеров (капроновых сеток и лавсановых лент) при лечении больных с остаточными явлениями травм и заболеваний ОДА. В 1963 году доцентом Е.Г. Локшиной была защищена докторская диссертация на тему: «Экспериментальные клинические наблюдения по пластике дефектов сухожилий». При её активном участии и руководстве защитили диссертации А.А. Блохина (1965), Н.Я. Веселов (1966) и Б.Л. Жуков (1967). Результаты научных поисков широко внедрялись в практику здравоохранения республики и за её пределами. С 1966 г. был разрешён приём в аспирантуру по специальности «травматология и ортопедия» (Т.Ф. Нурулла – Ходжаев, Е.Ю. Юсупов, Д.У. Урунбаев). В 1967 г. кафедре передано преподавание цикла военно-полевой хирургии.

Интенсивное развитие травматологии и ортопедии и целенаправленная подготовка кадров начинается с июля 1969 года, когда усилиями профессора Е.Г. Локшиной и при активном содействии Министерства здравоохранения (И.А. Саженин) и главного врача РБК №3 (М.К. Аюбов) кафедра и клиника из ГКБ №3 были передислоцированы на базу Республиканской клинической больницы №3 им. А.М. Дьякова. За 10 лет работы профессором Е.Г. Локшиной создан сплочённый коллектив кафедры, подготовлены более 40 врачей травматологов-ортопедов, которые оказывали специализированную помощь больным с травмами и заболеваниями ОДА в стационарах, травмпунктах и профильных кабинетах поликлиник.

После отъезда из республики Е.Г. Локшиной кафедрой заведовал доцент Б.Л. Жуков (1969-1984гг.). В 1971 г. организовано Республиканское научное общество травматологов-ортопедов, членами которого являлись более 200 врачей. Наряду с лечебной, учебной и организационно-методической, коллектив кафедры проводил большую научно-исследовательскую работу по проблеме «Аллопластика в травматологии и ортопедии» (Н.Я. Веселов, Л.А. Цейтлина, Д.У. Урунбаев). Результаты этих исследований подтвердили высокую эффективность аллопластики при пластике мышц, сухожилий и связок. Ряд диссертаций был посвящен вопросам профилактики промышленного травматизма, лечению травм и заболеваний ОДА (Б.Л. Жуков, Т.Ф. Нурулла – Ходжаев, А.Т. Кехтер, А.М. Муродов). Результаты этих исследований способствовали уменьшению травматизма, улучшению исходов оперативного лечения травм и заболеваний скелета и рекомендованы для широкого внедрения в лечебные учреждения. В 1983 году на должность доцента был избран Урунбаев Д.У.

С первых дней работы основные усилия сотрудников клиники были направлены на укрепление материально – технической базы специальными оборудованьями, аппаратурой и инструментариями. Значительный вклад в решение этих вопросов внесли министр здравоохранения республики И.А. Саженин, ректора ТГМУ им. Абуали ибни Сино профессора З.П. Ходжаев и К.Т. Таджиев и директор Центрального научно – исследовательского института травматологии и ортопедии (ЦИТО) АМН СССР им. Н.Н. Приорова академик АМН СССР М.В.Волков. Все это создавало благоприятные условия для внедрения на новой базе современных методов диагностики и лечения травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата. Наряду с организацией лечебно – диагностического процесса, большое значение придавалось подготовке высококвалифицированных кадров для всей республики, а также учебной, организационно – методической и научно–исследовательской работе. Свидетельством тому является завершение кандидатских диссертаций Т.Ф. Нурулла–Ходжаева, посвященная ортопедическому лечению последствий ожогов в сандале (1969), и А.Т. Кехтера - новому способу лечения вывихов акромиального конца ключицы (1969), Л.А. Цейтлиной - экспериментально–клиническим наблюдениям по аллопластическому восстановлению связок коленного сустава (1972) и Д.У. Урунбаева - клинико–экспериментальные наблюдениям по аллопластике ахиллова сухожилия (1973). По итогам многолетней работы по применению лавсановых материалов при лечении травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата была выпущена методическая рекомендация «Восстановительное лечение травматолого–ортопедических больных после лавсанопластики» (Б.Л. Жуков). Укрепление передней капсулы плечевого сустава лавсановой лентой было рекомендовано широкому применению в специализированных отделениях в Республиках бывшего Советского Союза, как метод Локшиной – Жукова. В научной работе основное внимание уделялось разработке органосохраняющих оперативных вмешательств, новых устройств, аппаратов и способов, способствующих улучшению диагностических, лечебных и восстановительных мероприятий при

травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Конечной целью этих разработок являлось достижение сокращения длительности пребывания больного на стационарном лечении, восстановления анатомии и функции поврежденных конечностей и трудоспособности больных. В 1971 году было организовано Республиканское научно-практическое общество травматологов – ортопедов, которое играло значительную роль в повышении квалификации врачей и во внедрении достижений науки в практику.

При активном участии сотрудников ТГМУ им. Абуали ибни Сино и РБК им. Дьякова были проведены две научно – практические конференции травматологов – ортопедов Таджикистана (1983, 1988), в работе которых принимали участие травматологи–ортопеды республики и ведущие научные работники со всех союзных республик бывшего СССР. Решение этих конференций, которые были посвящены актуальным вопросам травматологии и ортопедии, имели важное значение в дальнейшем развитии травматолого–ортопедической службы всей страны.

С 1984 г. по 1992 год заведующим кафедрой был доцент Т.Ф. Нурулла– Ходжаев. В связи с организацией стоматологического факультета ТГМИ число преподавателей кафедры увеличилось до 14 человек. На базе клиники был открыт курс по травматологии и ортопедии для усовершенствования врачей (руководитель – доцент Б.Л. Жуков). Сотрудниками кафедры проведена II Республиканская научно-практическая конференция, посвящённая актуальным вопросам травматологии и ортопедии. Изучены вопросы травматологического остеомиелита, раннего остеосинтеза закрытых переломов длинных трубчатых костей. По результатам этих исследований Зохир-Гул защитил кандидатскую диссертацию, изданы методические разработки и опубликовано более 400 научных работ. Научная тематика кафедры с 1989 г. была посвящена клиническим аспектам травматического остеомиелита длинных трубчатых костей (ТОДТК), что в современных условиях становится чрезвычайно актуальным, так как длительность лечения больных с гнойной инфекцией и высокий процент инвалидности обуславливают большую социальную значимость данной проблемы. Последующие исследования были посвящены лечению больных с кожными и костными дефектами конечностей, развивающимися в результате травматического остеомиелита. Основанием для выбора данной темы послужил рост числа больных с этой тяжелой патологией. Причиной развития подобных дефектов являлись глубокие гнойные процессы на фоне общей интоксикации организма, наличие контрактуры в суставах, повреждение нервов, что усложняло выбор метода лечения. Сотрудники кафедры также изучали проблему раннего остеосинтеза закрытых переломов длинных трубчатых костей с целью поиска выбора рациональных методов лечения и обоснования эффективности раннего остеосинтеза, как оптимального метода лечения больных с закрытыми диафизарными, около и внутрисуставными переломами конечностей. Были разработаны основные показатели к раннему остеосинтезу и пути снижения послеоперационных осложнений при данном подходе. Это обстоятельство способствовало предупреждению стойкой мышечной ретракции, дополнительной травматизации окружающих мягких тканей костными отломками, снижало возможность психических переживаний больного в связи с предстоящей операцией. При позднем остеосинтезе выявлены нежелательные патоморфологические изменения в области перелома, увеличивались продолжительность и травматичность оперативных вмешательств, росло число послеоперационных гнойных осложнений. Результаты исследования опубликованы в 16 научных работах и внедрены в практику специализированных отделений лечебных учреждений. Получено 4 удостоверения на рацпредложения, защищена 1 кандидатская диссертация.

В 1992-2005 годы кафедрой заведовал доцент Д.У. Урунбаев. В подготовке высококвалифицированных врачей, научных и педагогических кадров клиники конкретную помощь оказывали научно–педагогические коллективы бывшего СССР и Российской Федерации. В там защищены кандидатские диссертации С.М. Мирзоевой (1977), Т.К. Аскарковым (1985), Н.Т. Абдулхаковым (1985), А.А. Раззаковым (1986), Д.Д. Таджиевым (1986), Г.Ф. Хасановой (1989). Научные интересы кафедры направлены на изучение этиологии, клинико-рентгенологических проявлений закрытых и открытых переломов конечностей и их осложнений, разработку оптимальных методов лечения, уменьшение инвалидности и восстановление трудоспособности больных. Прошедшая гражданская война изменила структуру травматологических заболеваний. За 7 лет сотрудниками клиники оказана специализированная травматологическая помощь более 650 больным с огнестрельными повреждениями ОДА. По этому материалу выполнена кафедральная тема «Комплексное лечение огнестрельных переломов длинных трубчатых костей». Предложена комплексная методика лечения огнестрельных переломов. Результаты научного исследования по проблеме комплексного лечения огнестрельных переломов длинных трубчатых костей показали улучшение послеоперационного течения процесса, сокращение сроков наступления анатомического и функционального восстановления конечности. По итогам научных исследований сотрудниками кафедры за указанный период опубликовано 54 работы, 8 рационализаторских предложений и защищена 1 кандидатская диссертация. В 1992 году А.А. Раззаковым защищена докторская диссертация на тему «Разработка системы автоматизированной диагностики остеохондродисплазий у детей», в которой впервые в литературе построены экспертные системы с применением идеологии и технологий искусственного интеллекта. Им на эти разработки получен патент Российской Федерации, они неоднократно демонстрировались за рубежом и получали высокую оценку в России, Германии, Англии, Иране и других странах.

С 2005 года по настоящее время кафедрой руководит профессор А.А. Раззаков. За годы существования кафедры с учетом её сотрудников открыты областные, городские и межрайонные травматолого-ортопедические отделения (22), травматологические пункты (15), травматолого-ортопедические кабинеты (40). Ежегодно в клинические базы кафедры в травматолого – ортопедических отделениях Национального медицинского центра «Шифобахш» и Медицинского центра «Истиклол» обращаются от 3 до 5 тысяч больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Хирургическая активность клиники варьировала от 47,3% до 62,5%. В специализированных отделениях клиники применяются современные методы диагностики и лечения травматолого–ортопедических больных, компрессионно-дистракционный остеосинтез, лавсанопластика, операции на позвоночнике и крупных суставах, мышцах и сухожилиях при врождённых и приобретённых деформациях конечностей,

ложных суставах и дефектах костей, лазеро- и магнито-терапия, инфузионно – аспирационные методы обработки ран и другие. Большое место в деятельности сотрудников кафедр травматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино и ТИППМК занимают вопросы по разработке современных методов диагностики, профилактики и лечения, которые внедряются в работу специализированных травматолого – ортопедических отделений городов и районов республики. Так, с 1970 по настоящее время внедрены более 500 современных методов диагностики и лечения травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата. В частности, в клиническую практику внедрены современные высокоэффективные технологии лечения такие, как эндопротезирование суставов, малоинвазивный остеосинтез блокирующими штифтами, методы стабильно-функционального остеосинтеза, ксенопластика, лечение с применением клеточных технологий, артроскопические операции и другие методы.

Под руководством профессора А.А.Раззокова разработаны и реализованы Национальная Программа «Профилактика травматизма и совершенствование медицинской помощи при травмах и их последствиях в Республике Таджикистан на 2010–2015 годы», раздел травматизма по Национальной стратегии по профилактике неинфекционных заболеваний в Республике Таджикистан. В качестве Национального координатора по травматизму и насилию в Республике Таджикистан при Всемирной организации здравоохранения профессором А.А.Раззоковым подготовлены материалы для 4 Глобальных докладов в мире по дорожно-транспортному травматизму и одного Глобального доклада в мире по насилию. В настоящее время кафедра имеет устойчивые связи с травматолого-ортопедическими центрами из более 75 стран мира.

Сотрудниками кафедры опубликовано более 700 научных работ, издано 16 методических разработок и информационных писем, получено 8 авторских свидетельств и сделано более 70 рационализаторских предложений. Изданы учебники - «Военно-полевая хирургия» (А.А.Раззоков с соавторами), «Љарроһии низомӣ-саъроӣ» (А.А. Раззоков), «Осебшиносӣ ва раддоӣ» (Д.У.Урунбаев, С.М.Мирзоева), «Краткий курс основ нейрохирургии» (А.А. Раззоков), «Диагностика и лечение политравмы в остром периоде» (А.А. Раззоков), «Диагностика и лечение огнестрельных ранений черепа и мозга» (А.А. Раззоков), руководство «Организация медицинской помощи, диагностики и лечения острого периода сочетанной и множественной травмы» (А.А.Раззоков с соавторами), монографии – «Совершенствование организации медицинской помощи и методов костной пластики» (А.А.Раззоков с соавторами), «Совершенствование организации медицинской помощи и тактики лечения врожденного вывиха бедра» (А.А.Раззоков с соавторами), «Совершенствование организации медицинской помощи, диагностики и лечения синдрома жировой эмболии при сочетанной и множественной травме (А.А.Раззоков с соавторами), «Чрес- и надмышечковые переломы плечевой кости у детей» (Д.М.Сафаров), учебно-методические разработки – «Меъёрҳои ӯкуќӣ дар осебшиносӣ ва раддоӣ» (А.А.Раззоков с соавторами), «Протокоҳои клиникӣ дар осебшиносӣ ва раддоӣ» (А.А.Раззоков с соавторами), «Диагностика и лечение сочетанной травмы с нарушением функции мочевого пузыря» (А.А.Раззоков с соавторами), «Оптимизация тактики диагностики и лечения сочетанной травмы с повреждением мочеполовых органов» (А.А.Раззоков с соавторами). Также профессором А.А.Раззоковым написаны глава «Наследственные заболевания скелета» в «Руководстве по травматологии и ортопедии» («Медицина», Москва), серия статей в «Малой медицинской энциклопедии» («Медицина», Москва). За этот период защищены 3 докторские (А.Ч.Чобулов, Н.Ф.Салимов, Дж.М.Сафаров) и 14 кандидатских диссертаций. Сотрудники кафедры С.Х.Курбанов и И.А.Юнусов в г.Санкт-Петербурге успешно защитили докторские диссертации и в настоящее время работают профессорами на кафедре. Существенный вклад в развитие травматолого – ортопедической службы и в подготовку кадров внесли: профессора Е.Г. Локшина, А.А. Раззоков и С.Х.Курбанов, И.А.Юнусов; доценты Б.Л. Жуков, Т.Ф. Нурулла-Ходжаев, Д.У. Урунбаев, С.М. Мирзоева, Т.А. Аскараров, Б.С.Айниев, М.А.Шарипов; кандидаты медицинских наук А.А. Блохина, Л.А. Цейглина, Д.Д. Таджиев, Д.М.Сафаров; высококвалифицированные врачи В.П. Давыдов, Е.Ю. Юсупов, Р.Т. Курбанова, М.Л. Хапчик и другие. За большие заслуги в развитии травматолого-ортопедической службы, подготовке научно-педагогических кадров и врачей для практического здравоохранения профессору Е.Г. Локшиной было присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки Таджикской ССР», она была награждена орденом «Знак почёта», профессор А.А.Раззоков награжден орденом «Шараф», доцент М.А.Шарипов награжден юбилейной медалью к «1025-летию Абуали ибни Сино», доцентам Б.Л. Жукову, Д.У. Урунбаеву и Т.К. Аскарарову присвоено почетное звание «Заслуженный работник Таджикистана», профессора А.А.Раззоков, С.Х.Курбанов и доценты И.А.Юнусов и М.А. Шарипов награждены почетным званием «Отличник здравоохранения», доцент И.А.Юнусов также награжден почетным званием «Отличник образования».

КАФЕДРА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ И ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ХИМИИ

Зав. кафедрой Раджабов У.Р.

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Кафедра фармацевтической и токсикологической химии, как и другие специальные кафедры (технология лекарственных форм, организация и экономика фармации) является одной из основных кафедр ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Кафедра была основана в 1985 году, ее первым руководителем был опытный специалист в области фармации Леонид Владимирович Песахович. Научной темой кафедры в первые годы ее деятельности было «Определение лекарственных и токсических веществ в структуре биологических субстратов и материалов». Заведующими кафедрой были с 1991 по 1994 годы - Исмаилов Джума Исмаилович, с 1995 по 2007 годы Газиева Мукаррама Таировна. С сентября 2007 года по настоящее время заведующим кафедрой фармацевтической и токсикологической химии является Раджабов Умарали Раджабович. Состав кафедры состоит из химиков и фармацевтов, все они являются выпускниками медицинского и Национального университета. К ним относятся бывшие сотрудники кафедры: к.х.н. Газиева М., к.х.н. Шарипов И. Х., к.х.н. Тураев О. Д., к.б.н. Козихонов А.У., к.б.н. Бобокалонов Дж.Т., к.фарм.н. Исмаилов Дж.И., к.фарм.н. Саидов Н.Б., к.фарм.н. Умарова В.Р. Сегодня на кафедре работа-

ют: д.х.н., профессор Раджабов У.Р., д.б.н., д.ф.н., профессор (академик) Бобизода Г.М., к.х.н., доцент Назарова Х.Д., ассистенты: Алимова Б.О., Джулаев У. Н., Шухратзода М., Рахимова Р.Н., Азаматов К.А.

Учитель – это зеркало жизни, он выражает судьбу государства и нации, и он не имеет права ошибаться в процессе обучения, потому что у него в руках судьба будущего поколения и общества. Преподаватели кафедры занимаются со студентами по следующим предметам, как «Неорганическая химия», «Аналитическая химия», «Физическая и коллоидная химия», «Фармацевтическая химия», «Токсикологическая химия», «Основы фармацевтического анализа». Преподаватели кафедры постоянно в научном поиске, они создают книги и учебные пособия. На сегодняшний день студентам предоставлено более 60 учебников и учебных пособий. На кафедре разработано 8 новых программ по 8 предметам на русском и таджикском языках.

Другим аспектом деятельности преподавателей кафедры является подготовка научно-педагогических кадров. Под руководством д.х.н., профессора Раджабова У.Р. были защищены 4 кандидатские работы. На данный момент под его руководством 1 очный аспирант, 2 заочных аспиранта, 3 соискателя на ученую степень кандидата наук и 1 докторант Назарова Х.Д., которые ведут свою работу.

1. Шухратзода М. – заочный аспирант, тема работы «Синтез, исследование и изучение биологических свойств комплексов серебра с метронидазолом и альбендазолом» - научный руководитель - д.х.н., профессор Раджабов У.Р.

2. Султонов Рауф - очный аспирант по теме «Синтез и изучение биологических свойств комплексов цинка (II) и железа (II) с ацетилцистеином» - научный руководитель - д.х.н., профессор Раджабов У.Р.

3. Юсупова Фируза – заочный аспирант, тема научной работы «Исследование комплексных соединений серебра со стрептоцидом» - научный руководитель - к.х.н., доцент Назарова Х.Д., научный консультант Раджабов У.Р.

4. Рахимова Р.Н. – соискатель, тема кандидатской работы «Исследование сложных соединений цинка с дибазолом и альбендазолом» - научный руководитель - д.х.н., профессор Раджабов У.Р.

5. Джулаев У.Н. – соискатель, тема кандидатской диссертации: «Антиоксидантные свойства соединений цинка с аминокислотами» - научный руководитель - д.х.н., профессор Раджабов У.Р.

6. Алимова Барно Обидовна - соискатель, тема работы "Исследование координационных соединений меди с альбудином" - научный руководитель - к.х.н., доцент Назарова Х.Д., научный консультант Раджабов У.Р.

Результаты научных работ ученых кафедры отражены в 360 научных публикациях тезисов и статей, опубликованных в ведущих журналах, в том числе в 14 патентах, изобретениях и 2 монографиях. Только в 2019 году количество публикаций составило 31, из них 19 тезисов, 7 научных статей, 5 статей в журналах, рекомендованных ВАК РФ, 3 патента и 2 внедрения. Ученые кафедры повышают известность таджикской науки не только статьями и патентами, но и своими содержательными докладами на международных конференциях и симпозиумах, представляющих ценность современной таджикской науки для всего мира.

Президент нашей страны, Лидер Нации, Эмомали Рахмон в своих посланиях и обращениях постоянно повторяет: «Сегодня нехватка лекарств, их низкое качество и слабое развитие фармацевтической промышленности в стране вызывают большую озабоченность. В наши дни вопрос о некачественных фармацевтических препаратах и их несоответствии потребностям вызывает беспокойство не только в Таджикистане, но и во многих странах мира. Лечение больных можно гарантировать тогда, когда обеспечивается качество препаратов. Принимая во внимание то, что в Таджикистане имеется много сырья - целебные воды и лекарственные травы, а окружающая среда и природа нашей страны хорошо подходят для развития фармацевтической промышленности». Поэтому каждый из нас должен действовать по направлению главы нашего государства, Лидера нации, Основателя мира Эмомали Рахмона и работать над поиском новых высококачественных лекарств, отвечающих потребностям общества.

Исходя из этого, научная тема нашей кафедры называется: «Синтез, физико-химические, биологические свойства координационных соединений биометаллов с некоторыми азолами и аминокислотами и применение их в медицине». Ученые кафедры смогли изучить процессы комплексообразования переходных металлов в водном растворе с гетероциклическими соединениями и сделать научные выводы.

На нашей кафедре имеются современные физико-химические приборы, с которыми работают аспиранты, соискатели и докторанты. На основе изучения корреляционных зависимостей протолитических свойств и термодинамических свойств азолов и некоторых комплексов от температуры и ионной силы было предложено новое эмпирическое уравнение, которое внесет вклад в научный мир. Состав полученных комплексов определяли с использованием современных физико-химических методов, таких как окредметрия, калориметрия, электронная спектрофотометрия, инфракрасная спектроскопия. С использованием функции окисления рассчитаны численные значения, констант устойчивости комплексов поли-, гетероядерных и гетеровалентных соединений. Безвредность и биологические свойства были изучены в Центральной научно-исследовательской лаборатории ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Препараты являются малотоксичными.

Новыми лекарственными средствами, синтезированными в ГОУ Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибни Сино, являются диваферрол, дивакупрол, альбкупрол, метрарг, дивацинкат, альбцинкат, мальбцинкат, цинкас. Альбкупрол и Мальбцинкат используются в качестве противопаразитарного противогрибкового средства для девакации кишечных гельминтов. Вышеупомянутый материал в настоящее время используется в ветеринарной и медицинской практике, и постепенно при дальнейшем изучении будет использоваться человеком. В настоящее время нормативно-техническая документация по Альбкупролу и Мальбцинкату рассматривается и утверждается Техническим советом Государственной службы ветеринарного надзора при Министерстве сельского хозяйства Республики Таджикистан (в настоящее время Комитет по продовольственной безопасности при Правительстве Республики Таджикистан). Производство этих веществ осуществляется на базе ГОУ Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино и Института биологической

безопасности АСХН РТ. Сегодня Метрарг, Дибацинкат и Синкас проходят клинические испытания для лечения инфекционных заболеваний, псориаза и туберкулеза, которые широко распространены в нашей стране. Синтезированные соединения защищены патентами Республики Таджикистан и имеют Акт о внедрении в лечебный процесс. В настоящее время Мальбцинкат и Альбкупрол, проявляющие антипаразитарные свойства, в хозяйствах Республики Таджикистан применяются для девакации и лечения кишечных гельминтов при мониезиозе и диктиокаулезе овец. Монезиэз - это глисты, которые присутствуют в кишечнике.

Наработаны также опытные партии Цинкаса и Фераса, т.е. цинк и железосодержащие соединения с ацилцистеином, совместно с кафедрой фтизопульманологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, которые применяются в качестве муколитического препарата для лечения болезни дыхательных путей. Пока проводятся доклинические исследования.

Научные работы ведутся согласно договору о научном сотрудничестве с Научно-исследовательским институтом при Национальном университете Таджикистана, Институтом химии имени Никитина АН РТ, Институтом ветеринарии АСХН РТ, Институтом биологической безопасности АСХН РТ, Институтом питания Министерства промышленности и новых технологий, Физико-техническим научно-исследовательским институтом Академии наук РТ имени академика Умарова. Строгий контроль качества препаратов считается одним из основных вопросов сферы здравоохранения. Ибо до сих пор препараты в основном ввозятся из-за рубежа, не очень точно определяется их качество, говорится в посланиях Президента страны, Лидера Нации, Эмомали Рахмона.

Преимущество наших препаратов перед препаратами, которые ввозятся из-за рубежа, заключается в том, что, во-первых, они являются малотоксичными, во-вторых, обладают свойством подавлять мутацию и привыкание микроорганизмов к препаратам. Поэтому применение синтезированных отечественных препаратов является экономически более выгодным для Республики Таджикистан.

С целью улучшения результатов научно-исследовательских работ в дальнейшем будем уделять серьезное внимание вопросу воспитания молодых учёных и изобретателей с целью создания новых высококачественных лекарственных препаратов. Для этого необходимо привлечь к научно-исследовательским работам знатоков техники и технологии, талантливую и изобретательную молодежь. Сегодняшняя наша молодежь, то есть поколение периода независимости, коренным образом отличается от прежних поколений своим мировоззрением, уровнем мышления, этикой и моралью, что является предметом нашей гордости. На этом фоне, очень важно, чтобы в дальнейшем сама молодежь выступала инициатором созидательных начинаний в стране, своевременно представляла свои научные и творческие достижения, боролась с проявлением нежелательных явлений, не теряла политическую бдительность и всегда была готовой к защите безопасности общества и государства, чтילה историю и культуру нашего народа и содействовала дальнейшему продвижению вперед нашей любимой родины – Таджикистана, говорится в обращениях Президента страны, Лидера Нации, Эмомали Рахмон.

Таким образом, ученые кафедры нашли определенную позицию среди изобретателей республики и мира. Представляя великолепие славной таджикской науки миру и сегодня флаг науки и образования таджиков будет все выше и выше. Именно поэтому в 2018г. за лучшее изобретение в области координационного синтеза и использования в медицине на Международном женском конкурсе лучших изобретателей ассистент кафедры Мижгон Шухратзода была удостоена золотой медали за изобретение «Метрарг, проявляющий противомикробную активность». Всемирный конкурс, проходил в Сеуле, Республика Корея.

13 октября 2018 года ассистент кафедры Мижгон Шухратзода и аспирант Рауф Султонов приняли участие в республиканском фестивале «Юные изобретатели и изобретатели страны» под названием «Юные творцы страны», где Мижгон Шухратзода заняла 3 место, а Султонов был удостоен диплома участника. 27 декабря 2018 года решением комиссии по присуждению Академии медицинских наук Министерства здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан Мижгон Шухратзода была награждена премией «Молодой ученый года». Мижгон Шухратзода приняла участие в конкурсе «Лучший преподаватель года в 2018 году» и стала победителем данного конкурса.

Научные достижения кафедры в области изобретения были обсуждены на радио и телевизионными СМИ Таджикистана и зарубежья. На конкурсе, проходившем в апреле 2019 года, посвященном Международному дню интеллектуальной собственности, заведующий кафедрой фармацевтической и токсикологической химии, д.х.н., профессор Раджабов Умарали Раджабович по решению жюри был назван «Лучшим изобретателем Таджикистана 2017-2018» и был награжден орденом почёта 12 апреля 2019 года. 26.06.19-28.06.19 в Сеуле прошла выставка изобретений и форум женщин-изобретателей. На форуме от кафедры фармацевтической и токсикологической химии участвовала в конкурсе ассистент Рахимова Р.Н. с изобретением «Мальбцинкат, проявляющий антипаразитарное действие» и была награждена серебряной медалью.

Мы хотели бы воспользоваться этой возможностью, чтобы выразить нашу благодарность Президенту Республики Таджикистан, Лидеру нации, Основателю мира и Его превосходительству Эмомали Рахмону за большое внимание к развитию науки и ее процветанию.

Не могу забыть, когда я учился в МГУ им. М.В. Ломоносова и в Ивановском химико-технологическом институте г.Иваново, каждый раз, когда я делился историями о моей дорогой родине – Таджикистане – и ее гостеприимных людях, сотрудники и преподаватели удивлялись и задавали много вопросов.

И видите, сегодня, благодаря своей мудрой политике, Президент нашей дорогой страны, Лидер Нации, Основатель Мира, Его Превосходительство представил таджиков и Таджикистан миру, который должен быть гордостью каждого таджикского гражданина.

Пользуясь случаем выражаю искреннюю благодарность Президенту нашей страны, Лидеру Нации Эмомали Рахмон, а также руководству ТГМУ им Абуали ибни Сино, ректору ТГМУ, д.м.н., профессору Гулзода М.К за постоянную заботу, поддержку и вклад в развитие науки нашей страны.

Таким образом, каждый из нас как преподаватель, врач и личность в Райском Таджикистане обещает, что в канун празднования 30-летия Независимости Республики Таджикистан и 80-летия нашего дорогого университета мы продолжим нашу работу в области медицины и внесём свой вклад в развитие и прогресс нашей родины - Таджикистана.

КАФЕДРА ФАРМАКОЛОГИИ ТГМУ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО Ишанкулова Б.А.

Кафедра фармакологии организована в 1941 году. Первым заведующим был доцент Владимир Эрастович Маевский, ассистентами работали М.А.Новикова-Смирнова, Т.А.Мельникова, Н.А. Троицкая, З.С.Касымова, З.А. Гаврикова, Г.Л.Медник.

С 1954 по 1982 г. кафедрой заведовал профессор Григорий Львович Медник.

Г.Л.Медник активно готовил врачебные и научные кадры, много сил и энергии отдавал совершенствованию преподавания и оптимизации учебного процесса в ВУЗе, разработке актуальных вопросов фармакологии, активно участвовал в работе многих научных форумов.

Будучи блестящим лектором и талантливым педагогом, Г.Л.Медник пользовался большим успехом и авторитетом среди студенческой молодежи и врачей.

Под его руководством кафедра всегда была одной из ведущих в Таджикском госмединституте как в учебно-методическом процессе, так и в научно-исследовательском направлении. Коллектив кафедры в тот период активно занимался изучением противовоспалительных свойств лекарственных препаратов на различных моделях воспаления у лабораторных животных.

Экспериментатор, как правило, должен обладать особым даром – первым делом он обязан соблюдать этические нормы в обращении с лабораторными животными и при этом создавать адекватную модель патологического процесса. Эти навыки молодым исследователям прививал профессор Г.Л.Медник, создавая свою большую школу экспериментаторов. Много исследований было посвящено экспериментальному изучению воспалительных процессов в условиях высокогорья. Кафедра тесно сотрудничала в этом направлении с кафедрами физиологии, патофизиологии, биохимии и результаты совместных научных исследований докладывались на межкафедральном обществе. Под руководством профессора Г.Л.Медника выполнено 13 диссертационных работ. Среди его учеников – академик АН Республики Таджикистан, профессор К.Х.Хайдаров, академик Международной Инженерной Академии РФ профессор Ю.Н.Нуралиев, профессор Б.А. Ишанкулова, которые в настоящее время продолжают активно развивать фармакологическую науку в республике.

Профессор Г.Л.Медник выполнял большую общественную работу, являясь членом президиума УМС и главным токсикологом Минздрава Таджикской ССР, членом редколлегии журнала «Здравоохранение Таджикистана», председателем общества фармакологов республики. В течение 13 лет был ученым секретарем Таджикского госмединститута им. Абуали ибни Сино.

С 1982 по 1995 год заведовала кафедрой к.м.н., доцент Саодат Абдурахмановна Умарова. Она выполняла также и большую общественную работу, являясь в течение ряда лет председателем женсовета, заместителем председателя парткома института.

С 1967 по 2007 годы на кафедре работала Лариса Григорьевна Постржигач, которая прошла путь от ординатора до доцента кафедры. Много лет она являлась ответственной за учебный процесс, щедро делилась педагогическим опытом с молодыми ассистентами.

В 1995 году заведующей кафедрой фармакологии была избрана Б.А.Ишанкулова. Закончив в 1972 г. Таджикский государственный медицинский институт им. Абуали ибни Сино, она была зачислена в ординатуру на кафедру фармакологии и вся её деятельность по сей день, посвящена работе и развитию этой кафедры.

В 1982 году Б.А.Ишанкулова защитила кандидатскую диссертацию на тему «Эффективность кортизона и бруфена при различных путях их введения на течение адьювантного артрита».

С первых дней заведования кафедрой Бустон Астановна Ишанкулова уделяет огромное внимание учебно-методической работе. По всем разделам дополнены и изданы методические пособия, созданы разнообразные наглядные демонстрационные пособия на стендах, плакатах, в индивидуальных преподавательских папках с файлами. Особое значение придается прививанию студентам практических навыков – умению ввести лабораторным животным лекарственные препараты различными путями – пероральным (с помощью зондов), подкожным, внутривенным, внутримышечным и ингаляционным. Важным при этом является обучение подсчету доз на кг массы животных и соблюдение этических правил в обращении с животными. На кафедре регулярно проводятся открытые уроки и лекции заведующей кафедрой и доцентами, совершенствуется методика преподавания. Систематически на кафедральных совещаниях обсуждаются взаимопосещения открытых уроков, лекций, практических занятий, учебно-методических разработок, оценивается профессиональный уровень преподавания.

В связи с переходом на государственный язык изданы «Курс лекций по фармакологии» (авт. Б.А. Ишанкулова и М.В.Урунова; 2005 и 2009 гг) и учебник «Фармакология» (авт. Ишанкулова Б.А., 2013, 2019 гг) на государственном языке, книга «Курс лекций по фармакотерапии» (2017 г). По всем разделам дисциплины имеются более 40 учебно-методических указаний и разработки на государственном и русском языках и 3 на английском.

В 1991 году Б.А.Ишанкулова полностью поменяла научное направление кафедры, и коллектив под её руководством стал активно заниматься изучением лекарственных растений Таджикистана, обладающих антидиабетическими свойствами. В частности, всесторонне изучались гипогликемическое, гиполипидемическое и другие виды действия герани холмовой, софоры японской и листьев винограда культурного, запасы сырья которых в нашей республике достаточно большие. По данной проблеме опубликовано более 400 научных работ, защищена доктор-

ская диссертация Б.А.Ишанкуловой и 6 кандидатских диссертаций сотрудниками - У.П. Юлдашевой, М.У. Шарофовой, М.В.Уруновой, Ф.М.Ходжаевой, М.Х.Музафаровой и С.Н.Исмамовым.

Бустон Астановна Ишанкулова и её ученики являются авторами ряда антидиабетических и сокогонных фитопрепаратов – «Юнибет», «Фитобет», «Маранкхуч», «Жидкий экстракт незрелых плодов винограда культурного», «Сухой экстракт незрелых плодов винограда культурного», на которые получены 5 Патентов Республики Таджикистан и 2 рационализаторских предложения.

В 2000 году Б.А.Ишанкулова была назначена проректором по учебной работе ТГМУ им.Абуали ибни Сино и работала по 2005 год. Наряду с педагогической и научно-организационной работой на родной кафедре, она активно включилась в реформу медицинского и фармацевтического образования ТГМУ им. Абуали ибни Сино. По данной проблеме она участвовала в работе Международных семинаров в России (г.Дубне, 2003 г), в США (штат Флорида г.Тампа, 2004), неоднократно в странах Центральной Азии, а также участвовала в Российском Конгрессе «Человек и лекарство» в г. Москве (2009г), Конгресс в Центральной Азии «Антибиотикорезистентность» в г. Караганде Республики Казахстан. Награждена дипломом «Женщина исследователь» (в 2003 г), медалью «10-лет Вооруженным силам РТ» и медалью «Шафкат» (2011г). Ей присуждены звания «Отличник здравоохранения РТ» (1998), «Отличник образования» (2009).

Сотрудники кафедры принимают участие в работах Всесоюзных съездов фармакологов, съезда фармакологов России, съездов фармацевтов стран Центральной Азии, Российском конгрессе «Человек и лекарство» и во всех проводимых в стенах ТГМУ съездах и республиканских конференциях, научных обществах.

За эти годы кафедра укрепила научные и педагогические связи с кафедрами фармакологии Кыргызстана, Казахстана, Узбекистана и России.

На кафедре активно функционирует СНО, в которой студенты со своими преподавателями проводят научно-исследовательские работы по тематике кафедры, а также выступают с докладами и оформляют рефераты по актуальным вопросам современной фармакологии. Результаты работ СНО систематически докладываются на научно-практических конференциях молодых ученых, годичных конференциях ТГМУ и в ближайшем зарубежье.

Сотрудники кафедры периодически выступают в теле- и радиопрограммах на научно-популярные темы перед населением по проблемам рационального использования лекарственных растений. Также на страницах средств массовой информации они излагают результаты своих научных исследований по изучению перспективных лекарственных растений Таджикистана. В течение многих лет, с момента окончания медицинского института (с 1990 г) на кафедре добросовестно, с большим энтузиазмом трудятся доценты Умеда Пулатовна Юлдашева и Мухаббат Вахобовна Урунова. У.П. Юлдашева являлась ответственной за учебный процесс и СНО кафедры, М.В.Урунова – за научно-исследовательскую работу и организацию учебного процесса на государственном языке.

На кафедре под руководством 1 доктора медицинских наук, профессора активно занимаются учебно-педагогической и научно-исследовательской работой 6 кандидатов медицинских наук.

С 2016 по 2017 год к.м.н., доцент кафедры фармакологии Юлдашева У.П. работала на должности и.о. зав. кафедрой фармакологии. С 2016 года по настоящее время работает на должности декана фармацевтического факультета.

С 2017 по настоящее время к.м.н., доцент Урунова М.В. работает на должности зав. кафедрой фармакологии.

ИШАНКУЛОВА Бустон Астановна доктор медицинских наук (1999), профессор (2001). Окончила лечебный факультет ТГМИ им. Абуали ибни Сино (1972). Ординатор (1972-1974), аспирант (1974-77), ассистент (1978-92), доцент (1992-1995) с 1995 по 2016 года заведовала кафедрой фармакологии ТГМУ. С 2000 по 2005 годы являлась проректором по учебной работе. В 1982 году защитила кандидатскую диссертацию на тему «Эффективность кортизона и бруфена при различных путях их введения на течение адьювантного артрита».

Докторскую диссертацию на тему «Фармакология некоторых лекарственных растений Таджикистана и антидиабетических сборов на их основе» защитила в 1999 году. Является автором более 320 научных работ по разным разделам фармакологии, в том числе 40 методических разработок, автор «Курса лекций по фармакологии» (2005г, 2009г) и учебника «Фармакология» (2013г), монографии «Фармакология некоторых сахароснижающих лекарственных растений Таджикистана», «Курса лекций по фармакотерапии» (2017г). Обладатель 5 Патентов РТ и 2 рационализаторских предложений. Под руководством Б.А.Ишанкуловой защищены 6 кандидатских диссертаций. Участвовала в международных семинарах в Российской Федерации (г.Дубна, 2003 г), США (штат Флорида, г. Тампа, 2004 г) и в странах Центральной Азии, Российский Конгресс с международным участием «Человек и лекарство» г. Москва (2009, 2010, 2012 гг), Конгресс Центральной Азии МАКМАХ «Антибиотикорезистентность» г. Караганда Республики Казахстан (2014 г). Присуждены звания «Отличник здравоохранения РТ» (1998), «Отличник образования» (2009). Награждена дипломом «Женщина исследователь» (2003), медалью «10-лет Вооруженным силам РТ» и медалью «Шафкат» (2011г).

Юлдашева Умедахон Пулатовна кандидат медицинских наук (2003), доцент, учитель года (2011). Окончила лечебный факультет ТГМИ им. Абуали ибни Сино в 1990 г. Ассистент (1990-99 гг), аспирант (1999-2003 гг), доцент (2004г), декан фармацевтического факультета с 2016 г. Тема кандидатской диссертации «Экспериментально-клиническое исследование сбора «Юнибет»». Автор более 60 научных работ, в том числе 12 учебно-методических указаний, обладатель 2 патентов и 1 рационализаторского предложения. На всех факультетах читает лекции и проводит практические занятия на русском, государственном и английском языке. В течение многих лет являлась ответственной за учебный процесс и СНО кафедры. Вместе со студентами изучает лекарственные растения Таджикистана и пути введения лекарственных препаратов лабораторным животным. Награждена грамотой Министерства образования и здравоохранения.

Урунова Мухаббат Вахобовна кандидат медицинских наук (2009 г), доцент (2013 г). После окончания педиатрического факультета ТГМИ им. Абуали ибни Сино с 1990 до 1999 работала ассистентом, с 1999 по 2013 год старшим преподавателем и с 2013 по настоящее время работает доцентом кафедры фармакологии. В 2009 году защитила кандидатскую диссертацию на тему «Фармакология родиолы памироалайской». Является автором более 50 научных и 22 методических указаний на государственном, русском и английском языках, а также соавтор книги «Курс лекций по фармакологии» на государственном языке. С 2017 года по настоящее время работает на должности заведующей кафедрой фармакологии.

Ходжаева Фарангис Муродовна, кандидат медицинских наук (2009 г), старший преподаватель. Окончила педиатрический факультет ТГМИ им. Абуали ибни Сино в 1996 году. С 1997 по 1999 года работала на кафедре социальной гигиены ТГМИ. С 1999 по 2010 работала ассистентом кафедры фармакологии ТГМУ. С 2010 по настоящее время является старшим преподавателем кафедры фармакологии. В 2009 году защитила диссертационную работу на тему «Фармакология отвара плодов софоры японской». Является автором 35 научных работ и 4 методических указаний по фармакологии на государственном и русском языках.

Исмаатов Саиджон Неъматович кандидат медицинских наук (2012 г), старший преподаватель (2013 г). Окончил педиатрический факультет ТГМУ им. Абуали ибни Сино в 2001 году. Защитил диссертационную работу на тему «Фармакология жидкого экстракта «Гура-об» из незрелых плодов культурного». Является автором 17 научных работ, в том числе 11 статей, 4 методических указаний и 2 Патента РТ. С 2010 года читает лекции на государственном языке. На кафедре является ответственным ассистентом за проведение занятий на факультете здравоохранения и общественной профилактики. С 2016 по 2018 годы работал на должности зам.начальника учебного отдела ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Музафарова Матлуба Хакимовна кандидат медицинских наук (2012 г), старший преподаватель (2013 г). Окончила лечебный факультет ТГМИ им. Абуали ибни Сино в 1993 году. Защитила диссертационную работу на тему «Фармакология антидиабетического сбора «Чорбарг»». Является автором 15 научных работ и 4 методических указаний на русском и государственном языках. С 2011 года читает лекции на государственном языке на всех факультетах. На данном этапе является учебным ассистентом. В 2018 году избрана доцентом кафедры фармакологии.

Шаропов Салим Каримович кандидат медицинских наук (PhD) (2013 г), ассистент кафедры фармакологии (2013 г). Окончил лечебный факультет ТГМУ им. Абуали ибни Сино в 1999 году. Аспирант АН РТ, института химии, лаборатории фармакологии (2000-2003 гг). Работал в Институте фармакологии и токсикологии, группа нейрофармакологии, Цюрих, Швейцария (2007 - 2009 гг). Институте физиологии, группа нейрофизиологии, Майнц, Германия (2009-2013 гг). Защитил диссертацию на тему «Действие ГАМК-ергических антагонистов дофамина и метилксантинов на модуляцию эпилептической активности в гипокампальной формации у незрелых грызунов *In vitro*» (PhD) в Германии. Является автором 10 научных статей. На кафедре читает лекции на английском языке и ведет занятия на государственном, русском и английском языках. В институте физиологии г. Кил и Мюнхен (Германия) проходил повышение квалификации (2003 г). Участвовал на конференциях в г. Цюрих (Швейцария), Геттинген, Обервезен (Германия) и Барселона (Испания).

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ФТИЗИАТРИИ

Сироджидинова У.Ю., Сангинов А.Б., Бобоходжаев О.И.

Кафедра фтизиопульмонологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Таджикский государственный медицинский институт имени Абуали ибни Сино был открыт в 1939 году, а фтизиатрия в программу ТГМИ была введена уже с 1943 года. Преподавание с 1943 по 1956 годы велось главным врачом республиканского противотуберкулёзного диспансера того времени Тамарой Александровной Филициной и также преподавателем почасовиком Ю.Ф. Прозоровым. В период с 1956 по 1959 годы фтизиатрия преподавалась одновременно с курсом внутренних болезней терапевтическими кафедрами.

Кафедра фтизиатрии самостоятельно была организована в 1959 году на базе Республиканского противотуберкулёзного диспансера и Республиканской туберкулёзной больницы в г. Душанбе, затем на базе РКТБ №1 (п. Рохати) и её первым заведующим кафедрой был избран по конкурсу к.м.н. Юрий Денисович Яцожинский, занимавшийся вопросами хирургического лечения больных туберкулёзом легких. В 1965 году он защитил докторскую диссертацию на тему «Хирургические методы лечения при распространенных формах туберкулёза легких». Первыми ассистентами были З.А. Гueva, М.К. Мурадов, Я.Э. Кимягаров. В 1965 году кафедра была передислоцирована во вновь построенный стационар на 400 коек РКТБ №3 (пос. Мачитон), при котором функционировали 2 хирургических отделения, где проводились сложные операции по поводу туберкулёза легких, так как основным направлением деятельности кафедры наряду с педагогической работой было развитие хирургии туберкулёза легких в связи с острой необходимостью. Также было открыто хирургическое отделение при Кулябском туберкулёзном стационаре, заведующим которого был назначен И.Е. Брукер. Бригада врачей во главе с Ю.Д. Яцожинским выезжала для оперирования больных, параллельно готовились специалисты по торакальной хирургии. В этот период защитили кандидатские диссертации по хирургическому лечению туберкулёза Брукер И.Е., Мурадов М.К., Кимягаров Я.Э., Краулис В.Ю., Гueva З.А., Лебедев А.А. Таким образом, сотрудники кафедры совместно с врачами больницы широко внедряли новые хирургические методы лечения больных туберкулёзом. За время своей работы Ю.Д. Яцожинский опубликовал более 25 научных работ, **посвященных** оперативному лечению легочного туберкулёза и вопросам трудовой и медицинской реабилитации оперированных больных. В 1966 году Юрий Денисович **переехал на постоянную работу в Ялтинский институт туберкулёза, в том же году из Донецка был приглашен на работу к.м.н. Евгений Леонидович Мельников, заведовавший кафедрой до 1973 г. и одновременно являвшегося деканом факультета УСО ТГМИ. Мельников Е.Л. много уделял внимание подготовке научных кадров.** Научная

работа кафедры была посвящена проблемам повышения эффективности лечения, внедрения новых препаратов, в том числе туберкулина для диагностики инфицированности туберкулезом, проблемам лабораторной диагностики туберкулеза, определению видовой принадлежности микобактерий туберкулеза. **В период его работы успешно защитили кандидатские диссертации Л.А. Искандарова, А.А. Кутков, Н.Г. Егорова, Х.А. Расулов, Н.М. Абдурахманова, Ф. А. Рахманина. В 1973 году Е.Л. Мельников тяжело заболел и семья переехала обратно в г.Донецк. В 1961 г. была организована кафедра детского туберкулеза, которую возглавляла до 1968 г. профессор Элла Зиновьевна Соркина, которая ранее работала в г. Москва. Много сил она отдала подготовке как научно-педагогических кадров, так и практических врачей. За эти годы было подготовлено более 120 фтизио-педиатров. Научная работа кафедры была посвящена клинике и эпидемиологии туберкулеза у детей. Под ее руководством защитили кандидатские диссертации Анна Деменьтевна Чугунникова, Людмила Федоровна Портнова, Элеонора Адамшоевна Ишан-Шо, Татьяна Викторовна Чеботарева. В 1968 году после выхода на пенсию Э.З. Соркина вернулась обратно в г.Москву.**

В 1970 г. кафедра детского туберкулеза слилась с кафедрой фтизиатрии. После отъезда Е.Л.Мельникова в течение 2-х лет обязанности заведующего кафедрой исполнял доцент **Маруф Ахмедович Пулатов. В 1974 году профессор Людмила Павловна Фирсова с НИИ туберкулеза Белоруссии прошла по конкурсу на заведование кафедрой туберкулеза ТГМУ и работала на этой должности до выхода на пенсию и с 1986 по 1990 годы работала консультантом кафедры. Людмила Павловна была прекрасным клиницистом и педагогом, много внимания уделяла научной работе кафедры «Эпидемиология, профилактика, клиника туберкулеза легких у некоторых групп угрожаемых по туберкулёзу контингентов и профилактика первичной инвалидности в связи с заболеванием туберкулёзом населения Республики Таджикистан». По данной теме было опубликовано более 20 статей и методических рекомендаций для практического здравоохранения. По ее инициативе было организовано отделение принудительного лечения для больных с заразными формами туберкулеза, уклоняющихся от лечения, организована Центральная врачебная консультативная комиссия (ЦВКК) при Республиканском противотуберкулезном диспансере. Под ее руководством защитили кандидатские диссертации Юсупджанова Дж.М., Джалилова Ф.Р., докторские диссертации Т.В. Чеботарева, У.Ю. Сиродждинова.**

С 1987 до 2014 года впервые заведующей кафедрой работала воспитанник ТГМУ имени Абуали ибни Сино профессор Умринисо Юсуповна Сиродждинова, которая защитила докторскую диссертацию в 1989 г. на тему «Организация раннего выявления и профилактики туберкулёза в высокогорных районах Таджикской ССР».

Запланированные научные темы кафедры всегда соответствовали нуждам практического здравоохранения. Научные темы кафедры были посвящены «Усовершенствованию метода специфической профилактики туберкулеза у детей и подростков», «Структуре клинических форм туберкулеза органов дыхания у больных соматических клиник и меры по усовершенствованию её диагностики», «Эффективности приоритетных методов выявления и лечения туберкулеза у детей и взрослых (стратегия ДОТС)», «Бремя туберкулеза среди трудовых мигрантов и меры по её снижению», в 2017 г. была утверждена тема «Эффективность краткосрочных курсов лечения мультирезистентного туберкулеза у взрослых и детей в Республике Таджикистан» на 2018-2021гг. Кроме этого кафедра занимается вопросами профилактики, клиники туберкулеза у жителей разных регионов страны, эпидемиологии туберкулеза у детей в республике, повышения эффективности профилактики и своевременного выявления туберкулеза у детей из очагов инфекции, эффективности краткосрочной химиотерапии больных туберкулезом. Кафедра тесно сотрудничает с международными организациями, подготовлен и опубликован учебник по туберкулезу на государственном языке, множество методических рекомендаций для врачей общей практики и фтизиатров, подготовлено четыре Национальные программы по защите населения от туберкулеза, Закон РТ о защите населения от туберкулеза, Словарь по фтизиатрии на трех языках.

В этот период ассистентами кафедры были З.А.Гуева, М.А. Пулатов, А.Д.Чугунникова, Л.Ф.Портнова. В последующие годы на кафедре работали Э.А. Ишан-Шо, Т.В. Чеботарёва, У.Ю. Сиродждидинова, Х.М. Абдурахманова, З.Ю. Жданова, Ф.Р. Джалилова, Д.М. Юсупджанова, О.К. Саидова, В.Р. Альбрехт, О.И. Бобоходжаев, В.М. Каримов, Ф.И. Юмагулова, О.А. Борисова, З.Ш. Дустматова, М.Б. Мирзоева, Л.Ш. Укуматшоева, А.Б. Сангинов, Г.М. Холбутаев.

Сотрудники кафедры занимались многими научными проблемами, которые затем были обобщены докторскими и кандидатскими диссертациями. Так, Ю.А. Яцожинский посвятил свои научные исследования проблемам фтизиохирургии, Е.Л. Мельников - вопросам клиники и лечения туберкулеза, У.Ю. Сиродждидинова – проблемам детской фтизиатрии, Т.В. Чеботарева проблемам туберкулёза среди женщин, Ф.Р. Джалилова и Д.М. Юсупджанова - L-формам микобактерий туберкулеза, видовой принадлежности и клинике туберкулеза, вызванного микобактериями бычьего вида, О.К. Саидова – проблеме туберкулеза бронхов, О.И. Бобоходжаев – вопросам интеграции фтизиопульмонологии. Все эти научные исследования были направлены на повышение эффективности лечения и улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в республике.

Сотрудники кафедры активно участвуют в реализации стратегий ДОТС, ДОТС-плюс, СТОП-ТБ, Ликвидировать-ТБ, которые в разные годы были рекомендованы ЕРБ/ВОЗ.

Под руководством У.Ю. Сиродждиновой защитили кандидатские диссертации Сайдалиев С.М., Махсудов О.М, Дустматова З.Ш. Прошли апробацию и готовятся к защите в ЦНИИТ г. Москвы Джумаев Р.Р. на тему «Особенности течения, лечения и пути совершенствования профилактики развития рецидивов туберкулеза легких в Республике Таджикистан», Пиров К.И. на тему «Клинические формы и особенности течения туберкулёза у детей из очагов инфекции в Республике Таджикистан». С 2014 г. заведующим кафедрой фтизиопульмонологии был избран д.м.н. Сангинов А.Б.

В первые годы базой кафедры являлись противотуберкулёзный диспансер и туберкулезная больница г. Душанбе. В дальнейшем, многопрофильная Республиканская клиническая больница №3 на 800 коек. В настоящее время - **Детская** туберкулезная больница г. Душанбе, **Республиканский** центр защиты населения от туберкулеза и Национальный центр фтизиопульмонологии и грудной хирургии (пос. Мачитон).

Преподавание фтизиатрии в основном проводилось в соответствии с утверждёнными программами на 4 и 6 курсах лечебного факультета, позже на 5 курсе медицинского и педиатрического факультетах, 4 курса стоматологического, 4 и 6 курса факультета общественного здравоохранения. С 1992 года, после принятия Закона о государственном языке преподавание ведется на двух языках - русском и государственном, а начиная с 2015 года для иностранных студентов и на английском языке. **Ежегодно на кафедре обучаются около 1500-1800 студентов.** На кафедре обучаются клинические ординаторы по фтизиатрии и из других кафедр, магистры и врачи интерны.

С 1966 года при кафедре функционирует курс усовершенствования врачей по туберкулёзу, позволивший за годы существования кафедры повысить квалификацию более 900 врачей. Повышением квалификации врачей занимались к.м.н. З.А. Гиева, З.Ю. Жданова, Л.Ф. Портнова, А.Д. Чугунникова, Т.В. Чеботарева, У.Ю. Сиродждинова.

В 1949 году было организовано Республиканское научно-медицинское общество врачей-фтизиатров и первым его председателем была избрана Т.А. Фелицина, затем Мельников Е.Л., Фирсова Л.П. с 1987 по 2012 годы – д.м.н., профессор У.Ю. Сиродждинова, с 2012 года по настоящее время - д.м.н., профессор кафедры фтизиопульмонологии О.И. Бобоходжаев.

В самые сложные годы становления Таджикистана, в течение 25 лет главным специалистом по туберкулёзу Министерства здравоохранения являлась профессор У.Ю. Сиродждинова.

Сотрудники кафедры постоянно участвовали и выступали в работах Всесоюзных, Международных конференциях, съездах, конгрессах, симпозиумах. В республике было проведено 9 научно-практических конференций фтизиатров с изданием их трудов. Сотрудниками кафедры и практическими врачами было опубликовано более 1000 работ, издано 2 учебника, более 40 сборников трудов, методических руководств как для студентов, так и для практических врачей, посвященных различным аспектам туберкулёза, экзаменационные тесты. Были защищены 6 докторских и 23 кандидатские диссертации. Сотрудники кафедры уделяют большое внимание вопросам совершенствования педагогического мастерства. Подготовлены и изданы учебник «Силшиносӣ» на государственном языке и учебник «Дифференциальная диагностика во фтизиопульмонологии», 500 экземпляров методических пособий для студентов на двух языках (таджикском и русском языках), словарь по фтизиатрии, вопросник по туберкулёзу, ситуационные задачи.

Таким образом, кафедра фтизиопульмонологии вносит свой посильный вклад в дело подготовки научно-педагогических и практических специалистов фтизиопульмонологической службы республики, а также проводит научно-исследовательские работы по разработке и внедрению новых инновационных подходов в профилактике, диагностике и лечении больных туберкулёзом.

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ №1 ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО

Назаров Ш.К., Холматов П.К., Али-Заде С.Г., Сайдалиев Ш.Ш.

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Кафедра факультетской хирургии была организована при Сталинабадском медицинском институте под руководством профессора Л.А. Баринштейна в 1941 году. В период становления кафедры в основном проводилась учебная и лечебная работа. Основными задачами клиники факультетской хирургии являлись глубокое изучение наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний при типичном их течении и обучение студентов клиническому мышлению у постели больного. С учётом специфики клинической базы кафедры с 1969 года проводится обучение субординаторов по неотложной хирургии.

В декабре 1945 года заведующим кафедрой был избран профессор Х. Д. Гаджиев, воспитанник Среднеазиатского государственного университета (г. Ташкент). Опытный клиницист, армейский хирург, ученый с широким кругозором, владеющий многими языками, в том числе и персидским, он привлек к работе многих клиницистов: И.Г. Калиничева, в последующем ставшую заведующей кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии, М.С. Сеит-Умерова, который в 1962 году был избран заведующим кафедрой факультетской хирургии Владивостокского госмединститута, И.Я. Макшанова, который в 1963 году избран заведующим кафедрой общей хирургии Гроднинского медицинского института, а его жена также воспитанница кафедры, работала доцентом кафедры факультетской хирургии того же института.

Под руководством Х.Д. Гаджиева расширились объёмы научной и лечебной работы. Сотрудники кафедры И.Я. Макшанов, Ф.М. Мирсалимов, Ф.Б. Маргулис, В.П. Ким, В.К. Хамидов, В.П. Тянь, Л.В. Макшанова, Г.Д. Козлова, Г.Ш. Таиров, Л.Н. Рассолова, М.С. Сеит - Умеров, Р.И. Палагина и другие разрабатывали наиболее важные для того **периода научные проблемы** практического здравоохранения по **уролитиазу (М.З. Усманов)**, эндемическому зобу (**Л.В. и И.Я. Макшановы, В.К. Хамидов, Г.Д. Козлова, Ф.Д. Мирсалимов**), по **неотложной хирургии (Л.Н. Рассолова, И.Г. Калиничева)**. Под **руководством Х.Д. Гаджиева** были выполнены 10 кандидатских и 1 докторская диссертация.

После ухода профессора Х.Д. Гаджиева на пенсию **заведующим кафедрой** факультетской хирургии был избран З.П. Ходжаев (1964), окончивший Ташкентский медицинский институт **в 1939 году. За его** плечами в то время был большой опыт работы по **хирургии и нейрохирургии** и в последующем он стал **организатором** нейрохирургической службы в Таджикистане. После окончания медицинского института, проработав определённое время практическим хирургом в г. Душанбе он с 1941 по 1945 гг. участвовал в Великой Отечественной Войне в качестве **ведущего**

го хирурга эвакогоспиталя. В октябре 1945 года после демобилизации из армии, он активно включился в работу нашего института, усложняя не только учебный, но и лечебный процесс, в то же время не забывая о своём научном росте. В 1951 году он был прикомандирован в институт нейрохирургии АМН СССР им. Н.Н. Бурденко (г. Москва), где в июне 1955 года успешно защищает диссертацию на тему «Динамика клеточного состава спинно-мозговой жидкости в послеоперационном периоде при некоторых нейроэктодермальных опухолях задней черепной ямки» и возвращается в Душанбе, где работает сначала ассистентом госпитальной хирургической клиники, затем с 1956 по 1958 годы заведует кафедрой общей хирургии. С 1957 по 1965 год З.П. Ходжаев являлся ректором Таджикского государственного медицинского института. С 1965 года он полностью переходит на заведование кафедрой факультетской хирургии с курсом нейрохирургии. В 1970 году он защитил докторскую диссертацию.

З. П. Ходжаев со своими ближайшими сотрудниками (Ф.Б. Маргулис, М.К. Максумова, В.П. Ким, П.А. Камиллов, И.И. Липатцев, Л.Б. Сергеев, А.А. Тюрязев) проводили большую педагогическую, лечебную и научную работу. Главным направлением исследований коллектива кафедры в период заведования З. П. Ходжаева являлось изучение проблем диагностики и лечения острой закрытой черепно-мозговой травмы.

После З.П. Ходжаева заведующим кафедрой факультетской хирургии (1975) был избран Ю.И. Датхаев, который со своими сотрудниками (О.Л. Куликова, Д.К. Рахматов, П.М. Шалонов, Т.Д. Джураев и др.) разрабатывал вопросы экстренной хирургии органов брюшной полости. Им было подготовлено 9 кандидатов медицинских наук. Коллектив кафедры под руководством профессора Ю.И. Датхаева внёс большой вклад в развитие неотложной хирургической службы в республике.

После ухода с кафедры Ю.И. Датхаева с сентября 1986 по 1990 год кафедрой руководил доцент П.А. Камиллов. Кафедра продолжает изучение различных аспектов острой хирургической гастроэнтерологии. В 1991 году кафедра была объединена с кафедрой госпитальной хирургии №1, уже переименованной в 1982 году на кафедру хирургических болезней №2, где проходят обучение студенты IV, V и VI курсов лечебного факультета.

Камиллов Пулатжон Ачилович (род. 1933) – врач-хирург высшей квалификационной категории. В 1958 окончил Таджикский Государственный медицинский институт. В 1958-1962 гг. – врач-хирург Дагана-Киикской районной больницы Куйбышевского района. В 1962-1964 гг. проходил клиническую ординатуру на кафедре факультетской хирургии ТГМИ. В 1964-1967 гг. – врач-ординатор кафедры факультетской хирургии. В 1967-1978 гг. - ассистент кафедры факультетской хирургии. В 1974 г. защищена кандидатская диссертация на тему «Некоторые вегетативные нарушения в остром периоде закрытой черепно-мозговой травмы». В 1986-1990 гг. заведовал кафедрой факультетской хирургии. В 1990-2010 гг. являлся доцентом кафедры хирургических болезней №1. «Отличник здравоохранения СССР», награждён значком «Ветеран труда».

Усманов Негматулло Усманович родился 06.01.1921 г. в городе Самарканд. д.м.н., профессор, академик АН РТ, заслуженный деятель науки и техники РТ, лауреат государственной премии им. Абуали ибни Сино. В 1950 г. закончил Самаркандский госмединститут им. академика И.П. Павлова. В 1950-1952 гг. - ординатор кафедры общей хирургии Самаркандского госмединститута. В 1952-1953 гг. - преподаватель фельдшерско-акушерской школы. В 1952-1964 гг. – являлся ординатором, аспирантом, ассистентом, затем доцентом кафедры общей хирургии ТГМИ им. Абуали ибни Сино. В 1964-1969 гг. проходил докторантуру в первом Ленинградском медицинском институте им. И.П. Павлова на кафедре госпитальной хирургии. В 1964 г. защитил докторскую диссертацию на тему «Клинико-морфологические изменения печени при портальной гипертензии до и после сосудистых и органных анастомозов». В 1970 г. был назначен заведующим кафедрой госпитальной хирургии, переименованной в дальнейшем в кафедру хирургических болезней №2, которой заведовал до 2010 г. С 1990 по 1992 гг. при объединении двух кафедр заведовал кафедрой хирургических болезней №1. Усманов Н.У. является автором более 496 работ, 8 монографий, 80 изобретений, 3 учебников, 13 методических рекомендаций. Член европейской ассоциации сердечно-сосудистой и грудной хирургии Британии, член ассоциации библиографии Америки. С 1985-1993 гг. член всеобщего общества сердечно-сосудистых хирургов. С 1985 по 1993 гг. являлся председателем общества хирургов республики Таджикистан. Академик Усманов Негматулло Усманович имеет ряд правительственных наград РТ.

В 1992 году вновь была организована кафедра факультетской хирургии, где заведующим был избран д.м.н., профессор Т.Г. Гульмурадов. В тот период на кафедре работали: д.м.н. Саидов С.Г., кандидаты медицинских наук П.К. Холматов, Х.М. Норов, М.Г. Паллаев, ассистенты М.Х. Хайруллаев, Х.Ю. Шарипов, И.З. Давлятбеков, А.Ф. Мирзозода и др., - продолжая разработку актуальных проблем неотложной хирургии, в частности, хирургической гепатологии.

Под руководством профессора Т.Г. Гульмурадова защищены 7 кандидатских и 1 докторская диссертация. Изданы 4 монографии и 2 учебных пособия по хирургии. За весомый вклад в медицинскую науку профессор Т.Г. Гульмурадов в 1997 году избран членом - корреспондентом АН Республики Таджикистан.

С 2004 по 2017 годы кафедру возглавлял академик, заслуженный деятель науки и техники РТ, д.м.н., профессор Курбонов Каримхон Муродович. Основным научным направлением кафедры является неотложная хирургия органов брюшной полости, неотложная колопроктология. Под руководством академика Курбонова К.М. защищены 7 докторских и более 30 кандидатских диссертаций. Разработаны ряд новых методов диагностики и хирургического лечения заболевания органов брюшной полости и реконструктивно-восстановительной хирургии толстого кишечника. Получены более 40 патентов на изобретения, более 150 рационализаторских предложений, свыше 500 научных публикаций, из них 243 за пределами Республики, издано 12 монографий.

В 2017 году заведующим кафедрой назначен д.м.н., профессор Назаров Шохин Кувватович.

Назаров Шохин Кувватович - хирург высшей квалификационной категории (род. 1965). После окончания клинической ординатуры в 1995г работал врачом-хирургом в отделении печеночной хирургии. После успешной защиты кандидатской диссертации, в 2005г. защитил докторскую диссертацию в г. Москве на тему «Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени и органов брюшной полости». Лауреат государственной премии име-

ни Исмоили Сомони в 2001г. Автор более 120 научных работ, более 40 рационализаторских предложений и 3 патентов.

На сегодняшний день на кафедре работают академик АМН РТ, д.м.н., профессор Курбонов К.М.; д.м.н., доцент Махмадов Ф.И.; к.м.н., доцент Холматов П.К.; к.м.н., доцент Сараев А.Р., к.м.н., доцент Гуломов М.Ш. Ассистентами кафедры работают к.м.н. Сайдалиев Ш.Ш., к.м.н. Рузбойзода К.Р., к.м.н. Али-Заде С.Г., к.м.н. Назаров Х.Х., к.м.н. Джони Б.Н., к.м.н. Собиров А.Дж., к.м.н. Ворисов А., Факиров Х.З. и Давлатов Дж.Ё.

Сотрудники кафедры работают над темой научно-исследовательской работы «Диагностика и хирургическое лечение распространённого перитонита».

Кафедра оказывала и продолжает оказывать шефско-консультативную помощь учреждениям здравоохранения республики (Курган-Тюбе, Куляб и Согдийская область). Кроме того, систематически оказывается консультативная **помощь** поликлиникам г. Душанбе.

Сотрудниками кафедры **ежегодно** внедряются в практическое здравоохранение республики **все** новые методики диагностики и лечения (диагностическая **и** хирургическая эндоскопия, гемосорбция, **лимфосорбция, МРТ, УЗИ** - диагностика и ряд других). Кафедра является **также учебно-методическим** центром по неотложной хирургии **органов** брюшной полости в республике, где в ординатуре **и на курсах ФПК** подготовлено более 700 высококвалифицированных **врачей - хирургов**.

Кафедра является организатором ряда республиканских научно - практических конференций, съездов хирургов Средней Азии и Казахстана, сотрудники кафедры являются участниками многих международных конференций по эндемическому зубу, мочекаменной болезни, неотложной хирургии органов брюшной полости и нейрохирургии.

ВКЛАД КАФЕДРЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ №2 ТГМУ им. АБУАЛИ ИБНИ СИНО В РАЗВИТИЕ ХИРУРГИИ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Маликов М.Х, Артыков К.П, Гаибов А.Д, Рашидов Ф.Ш.

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Кафедра госпитальной хирургии (ныне хирургические болезни №2) была организована 11 июня 1943г. Со дня организации кафедра плодотворно занимается подготовкой высококвалифицированных педагогических и научных кадров. Наряду с этим, сотрудниками кафедры проделана огромная работа по организации различных направлений хирургии в республике, внедрению новых передовых методов хирургического лечения патологий органов грудной и брюшной полостей, средостения, сердечно-сосудистой системы, периферических нервов и др.

Первым заведующим кафедрой был профессор Александр Ефимович Мангейм (1943-1945гг.). Он внёс определенную лепту в подготовку преподавательского состава, организацию лечебной и научно-исследовательской работы среди молодого коллектива кафедры, организацию хирургической службы в целом.

Уже на заре организации кафедра активно стремилась внедрять передовые для того времени, специализированные методы в хирургическую практику. В частности, реконструктивно-восстановительные операции – пластика дефектов лица филатовским стеблем, резекцию легких и пульмонэктомию при нагноительных заболеваниях легких, впередигрудинную пластику пищевода из тонкой кишки. Во главе этих инициатив коллектива кафедры стоял заведующий кафедрой, заслуженный деятель науки Таджикской ССР, член-корр. АН Таджикской ССР, профессор Николай Федорович Березкин (1945-1956гг.). В эти же годы также было организовано Общество хирургов Таджикской ССР.

Сотрудники кафедры считаются пионерами в области решения проблемы аллопластики при первичных и послеоперационных грыжах в бывшем СССР. Огромная клиничко-экспериментальная работа в данном направлении была выполнена в годы руководства кафедрой Н.З.Монаковым (1956-1968 гг.) - д.м.н., профессором, заслуженным врачом, заслуженным деятелем науки, член-корреспондентом АН Таджикской ССР. Результаты работы были обобщены защитой ряда кандидатских и докторских диссертаций и монографий. Следует указать, что в те годы была заложена основа для применения ненатяжных способов герниопластики, которые в настоящее время стали уже популярными при лечении больных с огромными, особенно послеоперационными грыжами. Основным материалом в качестве сетчатого протеза был полифилльный капрон, который изготовили сами сотрудники кафедры ручным способом. После экспериментального исследования данный способ успешно был внедрен в клиническую практику и до недавнего времени широко использовался и за пределами республики.

Другим направлением научно-исследовательской работы кафедры было изучение эффективности глюкокортикоидов в предупреждении и лечении послеоперационных спаек органов брюшной полости, что по сей день считается актуальным в хирургии.

На протяжении более 40 лет (1970-2010 гг.) кафедру госпитальной хирургии возглавлял академик АН Республики Таджикистан, заслуженный деятель науки Таджикской ССР, Лауреат Государственной премии имени Абуали ибни Сино, доктор медицинских наук, профессор Усманов Негматулло Усманович. Данный период отличается формированием специализированного многопрофильного хирургического стационара с большим диапазоном научно-исследовательской и клинической деятельности. Кафедра и ее клиническая база - Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии - превратились в один из признанных центров хирургии не только в Республике Таджикистан, но и за ее пределами.

В течение около 40 лет кафедра занималась проблемой хирургии легких и органов средостения. В клиническую практику внедрены передовые методы диагностики, консервативного и хирургического лечения заболеваний легких и плевры, в частности, при острых инфекционных деструкциях и эхинококкозе легких.

Большой актуальной проблемой на протяжении ряда лет считалась хирургия послеожоговых сужений пищевода. В реконструктивно-восстановительной хирургии пищевода была успешно внедрена тонкокишечная внутригрудная тотальная эзофагопластика, в том числе с микрохирургической реваскуляризацией трансплантата. В хирургии ахалазии кардии успешно до сих пор применяется разработанный на кафедре способ кардиофундопликации по Н.У. Усманову. Немаловажными считаются разработки по хирургии эхинококкоза легких – эндемичной для нашего региона патологии. Наряду с усовершенствованием органосохраняющих и органосберегающих операций на легких при данной патологии был преодолен барьер на пути применения эндоскопических методов в лечении данных больных. Разработаны алгоритмы использования фибробронхоскопии в диагностике и лечении осложненного эхинококкоза легких, успешно внедрена торакоскопическая эхинококкэктомия легких одними из первых среди стран бывшего СССР.

Выполнено большое количество оперативных вмешательств при опухолях и кистах средостения различного генеза. Примечательным считается огромный опыт кафедры и клиники в хирургии миастении. В настоящее время также выполняются сложные реконструктивные вмешательства при рубцовых стенозах трахеи, как циркулярная резекция трахеи, трахеопластика с использованием Т-образной трубки и ликвидацией дефекта передней стенки трахеи микрохирургическими лоскутами.

Внедренная в 70-ые годы хирургия надпочечников в последние десятилетия приобрела новые современные возможности с почти полным предотвращением летальных случаев после удаления самых сложных гормоноактивных опухолей надпочечников.

Кафедра является пионером в проведении холедохоскопии при патологиях желчевыводящих путей, реконструктивно-восстановительных операциях по поводу ятрогенных повреждений холедоха.

Впервые в республике на кафедре были осуществлены порто-кавальные и органные анастомозы при циррозе печени, выполнена эндоскопическая склеротерапия при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода.

Начиная с 1975 года на базе кафедры, функционирует отделение сосудистой хирургии. Сотрудники кафедры являются ведущими специалистами данного подразделения. В настоящее время в практику данной службы внедрены практически все виды неинвазивных и инвазивных методов диагностики, оперативных вмешательств при артериальной и венозной патологии различных бассейнов. Одними из приоритетных считаются лечебно-диагностические методы при хронической венозной недостаточности, посттромботической болезни и венозной трофической язве, где наряду с традиционными вмешательствами, выполняются рентгеноэндovasкулярные, лазерные, эндоскопические технологии.

Спектр научно-практических внедрений при патологиях сосудистой системы широкий. В практику клиники в настоящее время успешно внедрены методы диагностики и выполняются довольно сложные оперативные вмешательства при тяжелых окклюзирующих поражениях сосудов, питающих головной мозг, синдроме верхней грудной апертуры и хронической брахиальной ишемии, хронической абдоминальной ишемии, вазоренальной гипертензии, аневризме аорты и магистральных артерий, что под силу только крупным специализированным учреждениям. Разработан ряд оригинальных операций как трансаксиллярная резекция первого ребра, селективная шейно-грудная симпатэктомия, в том числе торакоскопическая, при синдроме верхней апертуры и болезни Рейно. Систематизированы и разработаны показания к различным способам реваскуляризации верхних конечностей в зависимости от уровня локализации поражения. При многоэтажных окклюзиях сосудов верхних и нижних конечностей впервые была проведена реваскуляризация конечности путем свободной микрохирургической пересадки большого сальника, что в мире не имело своего аналога.

В период локальных военных конфликтов в республике сотрудниками кафедры изучены вопросы хирургического лечения огнестрельных ранений кровеносных сосудов в условиях гражданской войны. Были изучены причины поздней диагностики и тактические ошибки при оказании медицинской помощи в стационарах районного звена, определены объем оперативных вмешательств и последовательность их выполнения при сочетанных и множественных сосудисто-органных повреждениях. Разработана система адекватного гемостаза при ранениях сосудов «сложной» локализации (ягодичной и интраканальной артерий) путем двухсистемной перевязки. При критической ишемии конечности, обусловленной огнестрельными ранениями сосудов, определены критерии оценки жизнеспособности тканей, показания и техника выполнения первичной ампутации конечностей и др., благодаря которым уверенно снижены показатели осложнений и летальных исходов, снижена частота ампутаций конечностей. Данные внедрения получили признание и за пределами республики. На сегодняшний день в практику внедрены более 200 видов различных оперативных вмешательств.

В последние десятилетия в практику внедрены новые рентгеноэндovasкулярные методы диагностики и лечения сосудистых патологий. Первым внедрением такого рода была вибромеханическая реканализация при сегментарных окклюзирующих поражениях артерий. Альтернативой метода на сегодняшний день считается дилатационная ангиопластика артерий со стентированием, которая также внедрена в практику клиники и проведена при поражениях брахиоцефальных сосудов, почечных артерий, а также магистральных артерий конечностей.

Следует указать, что еще в 80-ые года прошлого века сотрудники кафедры активно проводили большую экспериментальную работу по изучению влияния экстремальных факторов высокогорья на процессы заживления ран различного генеза. Научные разработки на эксперименте также параллельно проводились относительно влияния низкоинтенсивного гелий-неонового лазера на процессы регенерации огнестрельных и термических ран, и на организм в целом, при общем и местном его применении в экстремальных условиях высокогорья.

Наиболее важной и сложной проблемой, которая на протяжении многих лет входит в сферу деятельности кафедры была и остается кардиохирургия. Первоначально в 60-ые годы в практику была внедрена закрытая мит-

ральная комиссуротомия, перевязка открытого артериального протока, перикардэктомия при слипчивом перикардите. Начиная с 1988г. стали выполняться операции на открытом сердце с применением аппарата искусственного кровообращения (АИК), благодаря чему расширились возможности проведения сложных операций при врожденных и приобретенных пороках сердца.

Развитие кардиохирургии, прежде всего, связано с применением высокотехнологического оборудования. Известные события 90-х годов в республике, распад Советского Союза резко отразились на показателях сложных, дорогостоящих оперативных вмешательствах, прежде всего, на сердце и крупных сосудах. Следует особо подчеркнуть, что, несмотря на тяжелое экономическое положение республики и последствия гражданского конфликта в первые годы независимости республики, в 1998 году по личной инициативе и поддержке Лидера Нации, Президента Республики Уважаемого Эмомали Рахмона база кафедры обогатилась рентгеноангиохирургическим комплексом, видеоэндоскопической аппаратурой, современным лабораторным комплексом. Это дало ощутимый толчок в развитии передовых методов хирургии в Таджикистане. Стали проводиться сложные диагностические исследования, в частности коронарография, селективная ангиография сосудов головного мозга, почек, органов брюшной полости и конечностей. В практику внедрено стентирование коронарных артерий при ишемической болезни сердца и различные варианты ангиопластики при стенозирующих поражениях артерий, пластика дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородок сердца ангиографическим способом.

Большие исследования проведены по изучению и лечению больных с хроническими перикардитами, что дало возможность снизить частоту субтотальных перикардэктомий из-за развития слипчивого перикардита. В частности, эффективными оказались открытые методы дренирования перикарда и торакокопическая фенестрация перикарда при напряженном экссудативном перикардите.

В 1985 году впервые в республике была создана новая хирургическая служба с внедрением микрохирургической технологии. В создании и становлении микрохирургии, реконструктивной пластической хирургии в республике велика роль профессора Артыкова Каримджона Пулатовича - Почетный медицинский работник Республики Таджикистана, Лауреат премии Ленинского комсомола Таджикистана, Лауреат Государственной премии имени Абуали ибни Сино. Он возглавлял кафедру в 2010-2018 гг. Внедрение данного направления хирургии расширило возможности реабилитации больных с травматическими ампутациями сегментов и пальцев верхних конечностей, тяжелых травм кисти, конечностей, повреждениями сосудисто-нервных пучков, последствиями послеожоговых контрактур конечностей, лица и туловища. Успешно внедрены в практику такие оперативные вмешательства как реплантация пальцев и сегментов конечностей, аутотрансплантация сложных реваскуляризированных комплексов тканей, различные варианты восстановительных и реконструктивных вмешательств на нервных стволах конечностей, реконструктивные и восстановительные операции при врожденных аномалиях и посттравматических контрактурах кисти, конечностей, лица и туловища.

При тяжелых и сочетанных травмах структур конечности разработан алгоритм лечения пострадавших, который предпочитает одномоментное восстановление кровообращения в поврежденной конечности с первичным укрытием дефектов покровных тканей лоскутами с осевым кровоснабжением. Данная тактика позволила снизить показатели ампутаций, завершить основные звена реконструкции в один этап, сократить длительность реабилитации и уменьшить показатели инвалидности у пострадавших.

Вначале в практику клиники, а в последующем и во многих отделениях республики внедрен новый подход к хирургическому лечению больших и гигантских первичных и послеоперационных вентральных грыж, который с учетом анатомо-функциональных особенностей передней брюшной стенки, предлагает применение технологии абдоминопластики для ликвидации грыжевых ворот. Дальнейшее развитие данной службы способствовало внедрению сложных видов местнопластических операций, экспандерной дермотензии при коррекции обширных рубцов покровных тканей. Новым этапом является широкое проведение эстетических операций на лице, шее, молочной железе и других частях тела.

Сотрудники кафедры являются активными приверженцами принципа мининвазивной хирургии и, благодаря освоению эндовидеоскопической технологии, данный принцип успешно реализуется при операциях на органах грудной и брюшной полостей, забрюшинного пространства и органов малого таза, начиная с 1999 года. Наряду с общехирургическими вмешательствами на органах брюшной полости, данная технология активно внедрена при хирургических патологиях сердечно-сосудистой системы. В частности, проводятся торакокопическая фенестрация перикарда, иссечение кист перикарда и средостения, грудная и поясничная симпатэктомия, эндоскопическая диссекция перфорантных вен нижних конечности при хронической венозной недостаточности.

С 2018 года и по сей день кафедру возглавляет доктор медицинских наук, доцент Маликов М.Х., который является воспитанником данной кафедры.

На протяжении всего периода своей деятельности кафедра занимается преподавательской деятельностью со студентами 5 и 6 курса, ежегодно на кафедре завершают обучение от 5 до 10 клинических ординаторов по хирургии, проходят интернатуру 4-6 выпускников меуниверситета. Наряду с педагогической и лечебной деятельностью, кафедра занимается научной работой и подготовкой научно-педагогических кадров. Вклад кафедры по подготовке высокоспециализированных специалистов огромный и целая плеяда, проходившая обучение в стенах кафедры, работает преподавателями и практическими врачами во всех регионах республики и за ее пределами. Завершены научно-исследовательские работы по 27 крупным проблемам. Защищены 14 докторских и 72 кандидатские диссертации. Результаты научно-исследовательских работ кафедры отражены в более чем 2500 статьях в передовых профильных журналах, опубликованы 15 монографий. Получены 32 патента на изобретения, более 200 рационализаторских предложений. С учебной целью изданы 35 методические разработки, 4 учебные пособия. На базе кафедры проводятся курсы первичной специализации по пластической и реконструктивной хирургии, сосудистой и эндовидеолапароскопической хирургии.

Труды сотрудников кафедры высоко оценены Правительством Республики Таджикистан, Министерством здравоохранения и социального развития и руководством ТГМУ им. Абуали ибни Сино. В частности, звание академика АН РТ удостоен один сотрудник кафедры, академика и член-корр. АМН РТ - трое воспитанников кафедры. За огромный вклад в развитие медицинской науки также присвоены звания Заслуженного деятеля науки троим членам кафедры. Многочисленные сотрудники стали отличниками здравоохранения и высшего образования республики. За развитие сосудистой хирургии в республике, подготовку медицинских кадров четверем сотрудникам кафедры в 2003 г. присуждена Государственная премия имени Абуали ибни Сино, за разработку и внедрение микрохирургической технологии в клиническую практику 5 сотрудников кафедры были удостоены Премии Ленинского комсомола Таджикистана.

Таким образом, кафедру хирургических болезней №2 можно считать пионером внедрения различных направлений хирургии нашей республики и вклад ее сотрудников в сфере развития здравоохранения Таджикистана является весомым.

ТАЪРИХИ КАФЕДРАИ ҶАРРОҶИИ ҶОҒУ РӮӢ Ҷонибекова Р.Н., Субхонов С.С., Абдурахимов А.Х.

Кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯй ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино. ҶТ

Стоматология ин яке аз соҳаҳои пешрафтаи тандурусти мебошад.

Солҳои 60-ум асри гузашта дар Тоҷикистон масъалаи тайёр кардани кадрҳои ниҳоят камёфт – стоматолог, провизор, табибони санитар ва ғ.-ҳо ниҳоят тезу тунд бархост.

Омода намудани табиб-стоматолог, ки дониши устувори назариявӣ дошта бошад дар амалия усулҳои гуногуни муолиҷаро ба кор бубарад, ба уҳдаи факултети стоматология аст. 50 нафар ҷавонону духтарони аз ноҳияҳои дурдасти кӯҳистони ҷумҳурӣ аввалин донишҷӯёни ин факултет шуданд.

Факултети стоматологӣ соли 1962 дар ҳайати факултет педиатрӣ ба ҷаъолият оғоз намуд, ки дар қурси аввали он 50 нафар таҳсил менамуданд. Пас аз се соли мавҷудият бо сабаби пурра набудани ҳайати омӯзгорон ва пойгоҳи сусти моддӣ-техникӣ донишҷӯёни ин факултет соли 1965 барои анҷом додани таҳсил ба Институти стоматологии Тошканд фиристода шуданд. Таи ин солҳо дар омода намудани кадрҳои соҳаи стоматологӣ Узбекистон ва дигар ҷумҳуриҳои собиқ Иттиҳоди Шӯравӣ ёрӣ мерасониданд.

Соли 1977 дубора барои таъсис додани факултети стоматологӣ имконият фароҳам омад. Се соли аввал он дар назди факултети педиатрӣ ҷаъолият намуда, аз соли 1980 ба сифати факултети мустақил ҷаъолият мекардагӣ шуд. Аввалин декани факултет А.А. Ҷаҳонгиров буд, ки дар муҳлати кӯтоҳтарин тавонист пойгоҳи асосии таълимиро таъсис диҳад. Аз соли 1982 то 1987 факултет таҳти роҳбарии К.П. Пашаев ҷаъолият намуда, ки вай дар барқарор намудану рушди стоматологияи муолиҷавӣ ва деканат заҳмати беандоза кашадааст. Шогирдонаш В.В. Воронина, Г.А. Ашуров, И.Х. Ирмухамедов ва дигарон дар яқоягӣ қорҳои илмӣ ва ҷаъолияти кориро бомувафакқият анҷом медиҳанд.

Соли (1987-2000) Т.С. Мгеладзе декани факултети стоматологӣ интиҳоб мешавад. Соли (2000-2003), (2005-2009), (2015-2018) Субхонов С.С., Нарзуллоева Б.Б. (2003-2005), досент Шарипов С.М. (2009-2013), д.и.т. Чураева Ш.Ф. (2013-2015); н.и.т. Иброҳимов Ю.Х. (2018-2019).

Сол то сол шумораи муҳассилини ин баҳши таълим меафзояд. Агар соли 1977 барои таҳсил 50 нафар интиҳоб карда бошанд, пас соли 1982 – 60, соли 1988 бошад, 150 нафарро ба таҳсил фаро гирифтанд. Имрӯзҳо дар факултет зиёда аз 500 донишҷӯ таҳсил мекунад, ки дар муқоиса ба солҳои аввали ҷаъолияти факултет 10 баробар зиёдтар аст. Дар солҳое, ки факултет арзӣ ҳастӣ мекунад, соҳаи тандурустӣ ба 473 табиби стоматолог, ки форигуттаҳсиланин ин факултет мебошанд, ба хизмати халқу ватан машғуланд. Дар факултет зиёда аз 35 мутахассис-стоматологҳои баландиҳтисос ба ҷаъолияти илмиву таълимӣ машғуланд, ки проф. К.П. Пашаев, 12 номзади илм А.Ж. Ҷаҳонгиров, К.С. Қодиров, В.Т. Боев, С.М. Махмудхонов, М.Н. Одилов, И.Д. Файзиев, Х.К. Аҳмедов, И.С. Соатов, С.С. Субхонов, М.Э. Муҳсинов, В.В. Воронина, инчунин мутахассисоне, ки бо рағбат машғули ҷаъолият буда, таҷрибаи бойи ҳаёгӣ ва касбӣ (В.В. Звягинцева, И.Х. Ирмухамедова, Л.Н. Почонова, М.А. Бурак, И.А. Ашанин, У.М. Муродов) аз ҷумлаи онҳо мебошанд.

Кафедра ҷарроҳии ҷоғу рӯй дар донишгоҳ таълими курси махсуси ҷарроҳии ҷоғу рӯй с. 1942 дар назди кафедраи ҷарроҳии госпиталӣ (мудит – проф. А.Е. Мангуйм) ба роҳ монда шуда буд

Минбаъд ин курс ҳамчун курси стоматология дар ҳайати кафедраи ҷарроҳии госпитали амал менамуд. Заминаи ёрии таҳассусӣ аз ихтисосҳои гуногун, ки дар клинкаи ҷарроҳии госпитали ташкил гардида буд, бо роҳбарии академик Н.У. Усмонов рушд ёфта, барои ташкили кафедраҳо шӯъбаҳои нав, аз ҷумла кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯй, аҳмияти калон дошт.

Соли 1964 шӯбаи махсусгардонидаи ҷарроҳии ҷоғу рӯй барои 45 кат ташкил карда шуд, вале бинобар набудани мутахассисони баланд ихтисос дер ҷаъолият накард. Соли 1969 дар заминаи Беморхонаи клиникаи ҷумҳуриявӣ аз дигар шӯъбаи махсусгардонидаи стоматологӣ таъсис ёфт. Шӯъба аввал дар Беморхонаи клиникаи шаҳрии № 3 ва баъд дар Беморхонаи ҷумҳуриявӣ № 1 (ҳоло Беморхонаи клиникаи шаҳрии №5) ҷойгир буд. Вазиғаи мудирӣ шӯъбаро номзади илмҳои тиб, дотсент Қодиров К.С. ба уҳда дошт. Соли 1970 дар заминаи шӯъбаи мазкур дар назди кафедраи ҷарроҳии госпиталӣ курси ҷарроҳии стоматологӣ барои донишҷӯёни факултаҳои муолиҷавӣ ва педиатрӣ ташкил карда шуд. Кафедра дар рушду инкишофи соҳаи ҷарроҳии ҷоғу рӯй дар ҷумҳурӣ нақши калон бозид. Дар пешрафти ҷарроҳии ҷоғу рӯй Г.П. Ковтунович, И.Н. Кутчак, Л.П. Александрович, А.И. Пачес, А.Т. Пулодов ва дигарон саҳми арзанда гузоштанд.

Соли 1964 мақсади рушди соҳаи ҷарроҳии ҷоғу рӯй дар Беморхонаи клиникаи ҷумҳуриявӣ ба номи А.М. Дияков шӯъбаи махсусгардонидаи ҷарроҳии ҷоғу рӯй барои 45 кат ташкил карда шуд, вале бинобар набудани мутахассисони баланд ихтисос дер ҷаъолият накард.

Соли 1975 дар донишгоҳ кафедраи ҷарроҳии стоматологӣ таъсис дода шуд. Асосгузор ва роҳбари аввалин – доктори илҳои тиб, проф. Мӯҳсинов М.Э. Дар таҳти роҳбари Мӯҳсинов М.С. 7 нафар номзади илҳои тиб Ҳимоя намудаанд.

МҶҲСИНОВ Муҳиддин Эргашевич (19. 09. 1939, ш. Хучанд – 09. 12. 2001, Туркия), стоматолог, доктори илҳои тиб (1990), Аълочии тандурустии ИҶШС, Аълочии маорифи халқи ҶШС Тоҷ. Хатмкардаи факултаи стоматологияи Донишкадаи давлатии тиббии Озарбойҷон ба номи Н. Наримонов (1963). Ординатори клиникӣ ҳамин донишкада (1963 – 1965), ассистенти кафедраи ҷарроҳии госпиталии ДДТТ (1965 – 1972), аспиранти Донишкадаи тиббии 1-уми Москва (1972 – 1975), ассистенти кафедраи ҷарроҳии госпиталӣ (1975 – 1984), мудири кафедраи стоматологияи ҷарроҳии ДДТТ (1994 – 1996). Аз с. 1996 муқими Давлати Туркия буд. Тадқиқотҳои илмӣ М. асосан ба масъалаи такмили ташхис ва ҷарроҳии бемориҳои римдору илтиҳобии чоғу рӯй бахшида шудаанд. Муаллифи 100 таълифоти илмӣ ва 16 пешниҳоди навоарона. Дар конференсияи умумидонишгоҳӣ ва Ҷамъияти стоматологҳо ва ҷарроҳон иштирок ва маъруза кардааст. Узви комиссияи тафтишотии Раёсати Ҷамъияти умумииттифоқии стоматологҳо. Зиёда аз 10 сол раиси Раёсати Ҷамъияти илмию амалии стоматологҳои ҷумҳурӣ, раиси комиссияи методи факулта буд.

Кормандони кафедра Қодиров К.С., Субҳонов С.С., Тоҳиров У.Т., Сапаргелдиев Н.Б., Почоҷонова Л.Н., Боев В.Т., Бозоров Н.И., Охунов А.М., Юлдошева М.А. ва Акбаров М.М. буданд. Кафедра дар кори ба аҳоли расонидани кумаки тиббӣ дар (ҷарроҳии чоғу рӯй) нақши калон бозид. Соли 1997 бинобар сабаби рафтан аз ҷумҳури проф. МҶҲСИНОВ Муҳиддин Эргашевич ба ҷои ӯ иҷрокунандаи вазифаи мудири кафедра дотсент Қодиров Қ.С. иҷро намуд.

ҚОДИРОВ Қайлай Соатович (28. 04.1939, деҳаи Сайёди ноҳ. Шаҳритуз – 15. 06. 2006, Душанбе), стоматолог, номзади илҳои тиб (1970), дотсент (1991), ҷарроҳи тахассуси дараҷаи олий (1982), Аълочии тандурустии ИҶШС (1989).

Хатмкардаи факултаи стоматологияи Донишкадаи давлатии тиббии Озарбойҷон (ДДТО, 1963). Ординатори клиникӣ ДДТО (1963 – 65), мудири шӯъбаи ҷарроҳии чоғу рӯйи дармонгоҳи шаҳрии №3 (1965 – 69), муаллим (1970 – 91) ва дотсенти кафедраи ҷарроҳии стоматологии ДДТТ (1991 – 2006). Дар мавзӯи «Интиҳоби намуди бедардгардонӣ ҳангоми ҷарроҳии ҷавфи даҳон дар ашхоси гирифтори бемориҳои фишорбандӣ» рисолаи номзадӣ дифоъ намудааст. Муаллифи 70 мақолаи илмӣ. Соли 1986 дар факултаи такмили ихтисоси муаллимони мактабҳои олии Донишкадаи тиббии стоматологии ба номи Н. А. Семашкои ш. Москва оид ба ҷарроҳии стоматологӣ ва Академияи тиббии Ҷарбии ба номи С. М. Кирови ш. Ленинград оид ба «Масъалаҳои умдаи ҷарроҳии чоғу рӯй» такмили ихтисос кардааст.

Соли 1970 дар заминаи шӯбаи маскур дар назди кафедраи ҷарроҳии госпиталӣ (мудир – проф. Н.У. Усмонов) курси ҷарроҳии стоматологӣ барои донишҷӯёни факултаҳои муолиҷавӣ ва педиотрӣ ташкил карда шуд. Кафедра дар инкишов расонидани ёрии амалии ҷарроҳи чоғу рӯй нақши калон бозид.

Соли 1989 дар заминаи 2 дармонгоҳи стоматологии кӯдакони шаҳри (№1 ва №3) кафедраи стоматологияи кӯдакон ташкил карда шуд. Ба он проф. Тоиров У.Т. роҳбарӣ мекард. Дар кафедра дотсент Субҳонов С.С., ассистентон - номзадҳои илми тиб Ҷумъаева З.М., Зоҳидова Ш.Ш., Тӯхтаҷоҷаева С.Т., Яъқубова З.Х., Назаров Н.Н., Ағишева Ф.Ф. фаъолият доштанд. Кафедра оид ба ташкили пойгоҳи клиникӣ, раванди таълим, таҳияи барномаҳои корӣ ва интиҳоби омӯзгорон корҳои зиёде ба анҷом расонд. Кормандони кафедра дар мавзӯи «Таҳияи барномаҳои мақсадноки худудӣ баҳри муолиҷа ва пешгирии муолиҷаҳои асосии стоматологии кӯдакони Ҷумҳурии Тоҷикистон» тадқиқот анҷом доданд. Аз рӯи натиҷаҳои бадастомада 16 таълифоти илмӣ ба таъб расонида шуд, 1 наф. (Адуллоев И.Х.) рисолаи номзадӣ дифоъ намуд.

Соли 1996 бинобар кам карда шудани қабули донишҷӯён ва истифодаи босамари неруи илмию омӯзгорӣ кафедраҳои стоматологияи ҷарроҳӣ ва стоматологияи кӯдакон муттаҳид карда, кафедраи ҷарроҳии чоғу рӯй ва стоматологияи кӯдакон таъсис дода шуд. Дар кафедра 12 наф. Кормандон фаълият доштанд. Пойгоҳҳои асосии кафедра : Маркази ҷарроҳии чоғу рӯйи кӯдакон ва наврасон (бинои №9), шӯбаи ҷарроҳии чоғу рӯйи калонсолон (бинои № 4), Маркази таълимӣи клиникӣ «Стоматология»-и ДДТТ, дармонгоҳҳои шаҳрии стоматологии кӯдакони №1 ва № 3, дармонгоҳҳои стоматологии шаҳрии №2 ва №3.

Аз моҳи январи соли 1998 кафедраи стоматологияи ҷарроҳи ва стоматологияи кӯдакона якҷоякарда шуда «Кафедраи ҷарроҳии чоғу рӯй ва стоматологияи кӯдакон» ном гирифт. Мудири кафедра н.и.т., дотсент Субҳонов С.С. шуданд.

СУБҲОНОВ Сатторхон Соҳибович (тав.02. 09. 1952, шаҳраки Сомониёни ноҳ.Рӯдакӣ), стоматолог, номзади илҳои тиб (1987), дотсент (1994), духтур – стоматолог тахассуси дараҷаи олий, Аълочии тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон (2005). Хатмкардаи факултаи стоматологияи Донишкадаи тиббии ба

номи Н. И. Пирогови ш. Одесса (1975). Ординатор ва мудири шӯбаи стоматологияи Беморхонаи клиникӣ шаҳрии № 5 (1975 – 78), ординатори клиникӣ (1979 – 80) ва ассистенти кафедраи ҷарроҳии стоматологии ДДТТ (1980 – 83), аспиранти Пажӯҳишгоҳи марказии стоматологии ш. Москва (1983 – 86), ассистенти кафедраи ҷарроҳии стоматологӣ (1986 – 89), ассистент ва дотсенти кафедраи стоматологияи кӯдакон (1989 – 98), мудири кафедраи ҷарроҳии чоғу рӯй ва стоматологияи кӯдакон (аз с. 1998), ҳамчунин декани факултаи стоматологии ДДТТ (2000 – 03), сардори идораи захираҳои кадрӣ ва илми дастгоҳи марказии Вазорати тандурустии ҶТ (2003 – 05), декани факултаи стоматологияи ДДТТ (2005 – 09), сардори Маркази бозомӯзӣ ва такмили ихтисос (аз авг. 2009).

Муаллифи зиёда аз 90 таълифоти илмӣ, 6 тавсияи методӣ ва 22 пешниҳоди навоарӣ. Таҳти роҳбарии ӯ 3 наф. рисолаи номзадӣ дифоъ намудааст. Дар ташкил намудани Маркази ҷумҳуриявии таъботати нуқси модарзодӣ ва ғайримодарзодии чоғу рӯйи кӯдакон ва наврасон, ки минбаъд ба шӯбаи ҷарроҳии чоғу рӯйи кӯдакон ва наврасони Беморхонаи клиникӣ ҷумҳуриявии № 3 (ҳоло Маркази миллии тиббии ҶТ) табдил дода шуд, саҳми арзанда гузоштааст. Бо ташаббуси С. ҳамчунин дар беморхонаи мазкур Маркази ҷарроҳии чоғу рӯйи калонсолон таъсис ёфт.

Иштирокчии анчуману конфронсҳои байналмилалӣ оид ба таҳсилоти олии тиббӣ дар шаҳрҳои Москва, Санкт-Петербург, Каунас, Остона, Бишкек. Солҳои 1976 ва 1978 дар шаҳрҳои Ленинград ва Москва тақмили ихтисос кардааст. Узви раёсат ва Шӯрои олимони ДДТТ, узви ҳайати мушовараи Вазорати тандурустии ҚТ буд. Муовини раиси Ассоциатсияи стоматологҳои ҚТ (аз 2006) ва раиси Шӯрои олимони факултаҳои стоматологӣ, фармасевтӣ ва ҳифзи тандурустии чамъиятии ДДТТ (аз 2008).

Соли 2016 кафедра ба 2 тақсим шуд: кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯй ва кафедраи стоматологияи кӯдакон ва ортодонтия. Мудири кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯй н.и.т. Ҷонибекова Р.Н. иҷро мекунад.

Ҷонибекова Розия Нажмудиновна санаи 20.08.67. (ноҳияи Рашт пос. Навобод) ҷарроҳии ҷоғу рӯй, номзади илми тиб (2016), духтур – стоматологӣ тахассуси дараҷаи олий. Хатмкардаи ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино. (1994), лаборанти калони кафедраи стоматологияи ҷарроҳии (1995-1997), ординатори клиника дар кафедраи стоматологияи ҷарроҳии (1997-2000), ассистенти кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯй, мудири шӯбаи ҷарроҳии ҷоғу рӯй калонсолон (2015), мудири кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯй (аз соли 2016 то ҳол). Соли 2012 дар конференсияи байналмиллалӣ ихтироотҳо байни занҳо, ки шаҳри Сеул баргузор гардида буд ба ҷои 2 –юм сазовор шудан. Соли 2016 рисолаи номзади ҳимоя карда шуд. Муаллифи зиёда аз 70 таълифоти илмӣ, 6 пешниҳоди навоарӣ, 15 тавсияҳои методӣ. Иштирокчии анчуману конфронсҳои илмӣ байналмиллалӣ дар шаҳрҳои Самара, Казан, Томск, Оренбург.

Пойгоҳи асосии клиникаи кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯйи ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино дар Маркази милли тибби «Шифобахш» дар бинои №9, ва №4 ҷойгир шудааст, дар ин пойгоҳ корҳои таъбаоти дар самтҳои чунин гузаронида мешавад: таъбаоти ҷарроҳии беморони дорои роғи модарзодии лабу ком, таъбаоти ҷарроҳии беморҳои фасодӣ, таъбаоти ҷарроҳии осебҳои минтақаи ҷоғу рӯй, таъбаоти ҷарроҳии беморон бо омосҳои хушсифати минтақаи ҷоғу рӯй, диспансеризация и реабилитацияи беморони дорои роғи модарзодии лабу ком дошта, таъбаоти ҷарроҳии барқарорсозӣ.

Дар кафедра 10 нафар кормандон кор мекунад: мудири кафедра н.и.т. Ҷонибекова Р.Н., н.и.т. досенти кафедра Субхонов С.С., н.и.т. досенти кафедра Абдурахимов А.Х., н.и.т. Шокиров М.К., муаллими калон Олимов А.М., ассистентон Юлдошева М.А., Рахимов Н.М., Юлчиев Р.И., Аминов Р.С., Ибрагимова А.А.

Дар кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯй ва стоматологияи кӯдакон мутахассисони зайл аз рӯйи ихтисосҳои ҷарроҳии стоматологӣ ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй тавассути ординатураи клиникаи дар пойгоҳи клиникаи омода карда шудаанд: Ҷонибекова Р.Н., Абдурахимов А.Х., Рахимов Н.М., Рабиев Д.Т., Мирзоев М.Ш., Ясинов А., Фафуров А.Р., Исмаилов А., Алимов Г., Холов М., Мангутов И.Х., Атоуллои Амрулло, Ҳисомова Н. ва Муллоҷонов А., Юлчиев М., Муллоҷонов Ш.

Инчунин хатмкунандагони зерини факултети стоматологӣ ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино магистратура аз рӯйи ихтисоси ҷарроҳии ҷоғу рӯй таҳсил намуда, рисолаи магистиро ҳимоя намудаанд: Абдурахмонов А.З., Аминов Р.С., Субхонова Г.С., Расулов Т., Абдулов Ф.А., Дабиллов А., Ишонқулов И., Файзуллобеков Х., Ибрагимова А.А.

Ҷойгиршавии пойгоҳҳои кафедра дар дармонгоҳҳои шаҳри № 3, дармонгоҳи стоматологияи кӯдакони №1, МТК «Стоматология», мед санчасти «аэропорт».

Кормандони кафедра бо олимони ва мутахассисони ҷарроҳии ҷоғу рӯй ва пластики Донишгоҳи ба номи Гёте (ш. Франкфурти лаби Майн, Олмон) ҳамкорӣ доранд. Дар ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино бо иштироки олимони ва мутахассисони номбурдадо даъват ва иштироки васеи мутахассисони ватани соҳаи ҷарроҳии ҷоғу рӯй конфронси илми гузаронида шуданд.

Аз тарафи кормандони кафедра китоби дарсии «Пропедевтика ҷарроҳии стоматологӣ», «Стоматологияи ҷарроҳии», ва дастурамалҳо тайёр карда шудааст.

Дарҷаҳои илмии кормандони кафедра ба 50% баробар аст. Мавзӯи кафедра «Оптимизация хирургических способов лечения приобретенных и врожденных дефектов и деформаций челюстно-лицевой области». Кор бо яқоягии кафедраҳои беморҳои даруни, онкология, педиатрия, Озмоишгоҳи Маркази илмӣ-тадқиқотӣ ДДТТ ба номи Абӯали ибни Сино ва эпидемиология бурда мешавад. Дар кафедра 2 нафар корҳои илмӣ бурда истодаанд инҳо Ибрагимова А.А., Юлчиев Р.И., 98% кормандони кафедра категорияи олий доранд. 2 нафар кормандони кафедра аълоҷии тандурустии ҚТ ҳастанд. Аз тарафи кормандони кафедра 14 ихтироот. Зиёда аз 400 мақолаҳо ва фишурдаҳо чоп шудаанд ҳам дар ҚТ ва берун аз Ҷумҳури. Дар кафедра Чамъияти илми донишҷӯён низ ҳаст, ки дар ин чамъият аз ҳама курсҳо фаълонан иштирок мекунад. Аз тарафи аъзоёни чамъияти илми донишҷӯён зиёда аз 50 мақолаҳо ва фишурдаҳо аз чоп баромад. Соли 2018 дар шаҳри Казани ФР 2 донишҷӯёни курси 5 дар олимпиада иштирок намуда ҷойҳои 2-юмро ишғол намуданд.

Дар пойгоҳҳои кафедра донишҷӯён аз фанҳои ҷарроҳии ҷоғу рӯй, ҷарроҳии ҷоғу рӯйи кӯдакон, пропедевтикаи ҷарроҳии стоматологӣ таҳсил менамоянд. Яке аз самтҳои муҳим дар баланд бардоштани маҳорати касбии донишҷӯён аз гузаштани таҷрибаи истеҳсоли мебошад. Донишҷӯёни курси 4-ум таҷрибаи истеҳсолиро аз фанни ҷарроҳии ҷоғу рӯй дар пойгоҳҳои клиникаи кафедра мегузаранд.

Дар кафедра тақмили ихтисос ва бозомӯзии касбии мутахассисони соҳаи тандурустӣ аз рӯйи ихтисосҳои ҷарроҳии стоматологӣ ва ҷарроҳии ҷоғу рӯй гузаронида мешавад.

Кормандони кафедра кӯшиш менамоянд, ки пеш аз ҳама фаълониати худро барои баланд бардоштани сифати таълим ва кори таъбаоти равона намоян. Вазифаи асосии кафедра тайёр кардани мутахассисони баландихтисос дар самти ҷарроҳии стоматологӣ ва ҷарроҳии стоматологияи кӯдакон мебошад.

**ДОСТИЖЕНИЯ КАФЕДРЫ ЭНДОКРИНОЛОГИИ ЗА ГОДЫ
СУЩЕСТВОВАНИЯ ТАДЖИКСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО
Зав. кафедрой Ниёзова Н.Ф.**

Кафедра эндокринологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Начало преподавания эндокринологии в Таджикском государственном медицинском университете им. Абуали ибни Сино было организовано в виде отдельного цикла для студентов 6-го курса при кафедре госпитальной терапии в 1965г. Возглавил его доцент Дададжон Махмудович Ахмедов, защитивший в 1959 году в г.Москве кандидатскую диссертацию «Функциональное состояние почек при болезни Иценко-Кушинга». Задачами преподавания клинической эндокринологии являлись, наряду с изучением основ патогенеза эндокринных заболеваний, выявление ранних стадий патологии, освоение методики диспансеризации и эффективного лечения больных. Организация клинической ординатуры способствовала подготовке квалифицированных специалистов – эндокринологов в республике.

При содействии заведующего циклом эндокринологии доцента Д.М.Ахмедова, который также являлся главным специалистом Министерства здравоохранения Таджикской ССР, членом правления Всесоюзного общества эндокринологов были открыты специализированные кабинеты в гг.Душанбе, Ленинабаде, противозобные диспансеры в Ленинабадской и Кулябской областях. Сотрудниками цикла было издано методическое письмо для студентов старших курсов «Клиника и терапия неотложных состояний при некоторых эндокринных заболеваниях».

В 1975 году была произведена реорганизация цикла эндокринологии в курс и возглавила его доцент З.С.Касымова, защитившая в 1953 году кандидатскую диссертацию по проблеме эндемического зоба Среднего Урала. В 1983 году на базе курса была организована кафедра эндокринологии, которую возглавила З.С. Касымова. Она одновременно являлась внештатным главным эндокринологом Минздрава Таджикской ССР, председателем Республиканского общества эндокринологов, членом правления Всесоюзного общества эндокринологов.

С 1986 по 2015 года кафедрой заведовала заслуженный деятель науки и техники Республики Таджикистан, Внештатный главный эндокринолог МЗ и СЗН РТ, д.м.н., профессор Ш.С.Анварова.

Профессор Ш.С.Анварова является одним из первых сотрудников кафедры. Под её руководством было защищено 11 кандидатских и 1 докторская диссертации. В 1967-1969 гг. она обучалась в клинической ординатуре по циклу эндокринологии при кафедре госпитальной терапии, в 1969-1972гг. являлась аспирантом кафедры и была командирована для прохождения аспирантуры в г.Ленинград в отдел эндокринологии Академии медицинских наук СССР при Институте акушерства и гинекологии им. Отто. в 1973 году ею успешно защищена кандидатская диссертация на тему «Сравнительный лечебный эффект мерказолила, перхлората калия и комбинированного применения этих препаратов при диффузном токсическом зобе». В 1993 году в Эндокринологическом Центре РАМН в г. Москвы Анваровой Ш.С. защищена докторская диссертация на тему «Распространенность и клинико-биохимическая характеристика сахарного диабета у населения, проживающего в различных климатогеографических регионах Таджикистана». Ш.С.Анварова являлась внештатным главным эндокринологом Минздрава Республики Таджикистан до 2017г., до настоящего времени является председателем Республиканской Диабето-Эндокринологической Ассоциации.

Научные исследования сотрудников кафедры эндокринологии были посвящены наиболее актуальным проблемам клинической эндокринологии. Первые пять лет изучались некоторые невыясненные аспекты диабетологии. Отмечающаяся тенденция к увеличению распространенности сахарного диабета (СД) и имеющиеся сведения о ее взаимосвязи с природными факторами обитания человека вызвали необходимость изучения медицинской географии манифестных форм сахарного диабета и нарушенной толерантности к глюкозе. Для решения данной проблемы было проведено эпидемиологическое обследование неорганизованного населения различных регионов республики. По результатам данного этапа научных исследований в 1993 году защищена докторская диссертация на тему «Распространенность и клинико-биохимическая характеристика сахарного диабета у населения, проживающего в различных климатогеографических регионах Таджикистана» (Анварова Ш.С.). Опубликовано 96 работ, в том числе 1 монография, внесены 5 рационализаторских предложений.

Последующие пять лет научные исследования кафедры были посвящены изучению распространенности, этиопатогенеза, клинических особенностей, способов профилактики и лечения эндемического зоба, как основного маркера йод-дефицитных заболеваний в Таджикистане.

Известно, что среди неинфекционных заболеваний эндемический зоб занимает одно из первых мест по территориальной экспансии и по количеству проживающего в этих регионах населения. Между тем, гражданская война в начале 90-х годов в Республике Таджикистан резко ухудшила ситуацию по обеспечению населения йодированной солью, что привело к росту эндемического зоба в стране, о чем свидетельствовали данные исследования распространенности зоба в республике. Полученные данные послужили основанием для подготовки Национальной программы борьбы с йод-дефицитными нарушениями в РТ. Последующие исследования сотрудников кафедры эндокринологии ТГМУ совместно с эндокринологическими центрами, гинекологами-эндокринологами были направлены на оценку мониторинга эффективности действия Программы, совершенствование метода популяционной профилактики заболевания.

Результаты исследований указанного пятилетия обобщены в 69 публикациях, в том числе 1 книге «Очерки по актуальным вопросам заболеваний щитовидной железы и сахарному диабету» и 1 кандидатской диссертации (Ходжимуратова Д.А., 2000г.) на тему «Состояние репродуктивной системы женщин при йод-дефицитных заболеваниях». В последующее десятилетие эндокринологи республики, в первую очередь сотрудники кафедры эндокринологии ТГМУ, выполняли научные исследования по проблеме «Актуальные вопросы заболеваний щитовидной

железы и сахарного диабета в Таджикистане». Известно, что патология щитовидной железы относится к аутоиммунным заболеваниям и часто сочетается с другими заболеваниями аутоиммунной природы, в частности с сахарным диабетом 1 типа, наряду с другими заболеваниями не эндокринного генеза. В связи с этим, представляло интерес изучить распространенность заболеваний щитовидной железы в различных климатогеографических условиях в возрастном аспекте в виде монозоологии и в случаях сочетания указанной патологии с сахарным диабетом 1 типа. Определить этиопатогенетические особенности как в случаях моноэндокринопатий, так и полиэндокринопатий, совершенствовать способы диагностики, лечения и профилактики тиреопатий и сахарного диабета.

Указанные результаты научных исследований были приведены в 98 научных публикациях, в том числе 1 монографии, 3 рационализаторских предложениях, обобщены в 2 диссертациях (докторской – «Сахарный диабет у детей в Таджикистане», Якубова З.Х.; кандидатской «Состояние сердечно-сосудистой системы при гипотиреозе в зависимости от степени выраженности йодной недостаточности в Таджикистане», Иноятова Н.А.).

Сотрудниками кафедры эндокринологии ТГМУ соответственно аспектам общеинститутского плана научных исследований по проблеме №9 в отчетные годы были выполнены 2 канд. диссертационные работы, имеющие отношение к данному обзору: «Особенности клинического течения и лечения острого холецистита на фоне сахарного диабета» (Гульмадова Л.Д.); «Лечение и профилактика гнойно-некротических процессов при сахарном диабете с применением УФО аутокрови и бензойной мази» (Мунавварова У.М.).

В более 30-летней научно-исследовательской деятельности сотрудники кафедры эндокринологии изучали проблему «Метаболический синдром при эндокринных заболеваниях в Таджикистане».

Нарастающее распространение метаболического синдрома в популяции, составляющего до 20%, тяжесть прогноза нарушений при нем в виде ускорения и прогрессирования атеросклеротических сосудистых заболеваний, являющихся основной причиной смертности населения, обосновывали необходимость изучения распространенности, этиопатогенетических и клинических особенностей данного симптомокомплекса при эндокринных заболеваниях в Таджикистане с учетом его регионарных, социальных, национальных и других факторов. Полученные данные способствовали разработке эффективных профилактических и лечебных мероприятий, начиная с подросткового и юношеского возраста.

Результаты приведенных научно-исследовательских работ кафедры эндокринологии ТГМУ обобщены в 72 публикациях, в том числе 2 монографиях, 4 рационализаторских предложениях, 5 методических разработках. За этот период выполнены 3 кандидатские диссертации, совместно с кафедрой фармакологии ТГМУ, Республиканским центром сердечно-сосудистой хирургии и кафедрой акушерства и гинекологии ТГМУ: «Экспериментально-клиническое изучение антидиабетического сбора «Юнибет» (Юлдашева У.); «Диагностика и хирургическое лечение гиперпаратиреоза» (Туракулов Ф.); «Влияние йодной профилактики и лечения эндемического зоба на течение беременности и перинатальные исходы» (Ятимова М.А.).

Наряду с аспектами метаболического синдрома, сотрудники кафедры эндокринологии ТГМУ изучают проблему остеопороза при эндокринных заболеваниях в Таджикистане.

Известно, что избыточная или недостаточная секреция большинства гормонов при эндокринных заболеваниях в любом возрасте может привести к остеопорозу. Остеопатия эндокринного генеза может проявляться от умеренно выраженного остеопороза до спонтанных переломов трубчатых костей и тел позвонков, внутрисуставных переломов и деформацией суставов.

В связи с нарастающей частотой эндокринных заболеваний в Республике Таджикистан, как сахарный диабет, тиреотоксикоз, синдром Иценко-Кушинга, гипогонадизм и др. представляется актуальной своевременная диагностика нарушений костного метаболизма и фосфорно-кальциевого обмена при указанных патологиях и соответствующая их ранняя коррекция.

По результатам проведенных научно-исследовательских работ были опубликованы 129 научных публикаций, 3 рационализаторских предложений, обобщены в 4 кандидатских диссертациях: «Состояние костной системы и фосфорно-кальциевого обмена у больных с тиреотоксикозом в условиях йодного дефицита» (Ниязова Н.Ф.); «Диагностика и хирургическое лечение гормонально-активных опухолей надпочечников» (Садриев О.Н.); «Особенности поражения костной ткани и печени у больных с гиперпролактинемией опухолевого и неопухолевого генеза» (Пирматова М.А.); «Особенности остеопенического синдрома у больных сахарным диабетом 1 типа Таджикистана» (Адамханова З.А.).

Сотрудниками кафедры являлись также ассистент С.Д.Касымова, защитившая кандидатскую диссертацию в г.Москве на тему «Диагностика диабетической нефропатии и влияние комплексной терапии на ее течение» в 1982 году, доцент З.Х.Якубова, которая под руководством заведующей кафедры Ш.С.Анваровой защитила докторскую диссертацию на тему «Сахарный диабет у детей в Таджикистане» в 1999г. С 1997 по 2016 гг. на кафедре работали асс. Бобоев У.К и асс. Умарова Н.С. (2005 по 2012гг.).

В настоящее время на кафедре работают следующие сотрудники: доцент С. Д. Джураева, работающая на кафедре с 1982 года, которая является ответственной по лечебной работе. Ею была защищена кандидатская диссертация на тему: «Влияние некоторых социально-гигиенических факторов на заболеваемость и распространенность сахарного диабета в г. Душанбе» в 1976г. в г. Москве. Доцент Иноятова Н.А., являющаяся ответственной за учебную работу на кафедре, защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Состояние сердечно-сосудистой системы при гипотиреозе в зависимости от выраженности йодной недостаточности в Таджикистане» в 2002г. Работа выполнена под руководством проф. Ш.С.Анваровой. С 2017г. на кафедре работают ассистенты-стажеры Пирматова М.А., Адамханова З.А., Носирова М.К.

В сентябре 2015г. заведующей кафедрой эндокринологии назначена ассистент Ниязова Н.Ф. Под руководством проф. Ш.С. Анваровой ею в 2012 г. защищена кандидатская диссертация на тему «Состояние костной системы и фосфорно-кальциевого обмена у больных с тиреотоксикозом в условиях йодного дефицита».

Организация и активная деятельность кафедры эндокринологии в течении более 35 лет способствовала комплексному обучению студентов лечебного, педиатрического и общемедицинского факультетов, субординаторов, магистров, интернов и клинических ординаторов. Кафедра занимается подготовкой высококвалифицированных врачей эндокринологов через аспирантуру, клиническую ординатуру и интернатуру.

Сотрудники кафедры до 2005г. активно участвовали в проведении циклов УСО для врачей эндокринологов, терапевтов и педиатров по линии ТИИПМК, а с 2010 г. проводят циклы на кафедре по линии ТГМУ.

Сотрудники кафедры эндокринологии под руководством профессора Ш.С. Анваровой активно участвовали в подготовке Национальных Программ борьбы с йод-дефицитными нарушениями и сахарным диабетом в Республике Таджикистан. Выпущен учебник на государственном языке по клинической эндокринологии. Издано методическое руководство по клиническим протоколам основных эндокринных заболеваний.

В Таджикистане функционирует Республиканская Ассоциация эндокринологов-диабетологов, на заседаниях которой обсуждаются актуальные вопросы клинической и экспериментальной эндокринологии.

Научно-исследовательская деятельность сотрудников кафедры по инновационным темам продолжается. Тема диссертации аспиранта кафедры Музафаровой М. посвящена взаимосвязи остеопороза и сахарного диабета 2 типа.

ЭССЕ К ЮБИЛЕЮ

Лысых О.А., Зайнудинова М.

Кафедра иностранных языков ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

С чего начинается Родина? С хлопковых полей? Нет! С многовековой истории народа - труженика моей страны? Нет. Я имею в виду не ту Родину, о которой ученый стилист сказал бы, что это слово высокого стиля, не то огромное территориальное пространство под название Отчизна, а тот маленький мирок, в котором мы, наши родные, друзья, соседи. Это слово аполитично, оно живет в нас, с нами, в нем наши чувства, наши мечты, искания, наши горести и победы, наши знания, наша глупость и мудрость. Так, с чего же начинается тот маленький мирок - родина? С первой улыбки мамы, которую мы не помним (я имею в виду первую улыбку) в силу нашего младенческого «склероза»? А может с первых шагов, сделанных в объятия матери, которых мы тоже не помним, но знаем о них все из рассказов родных, близких и мамы. Возможно, родина начинается с тех первых шагов, которые мы помним, которые мы сделали первый раз в первый класс. С той первой учительницы, чьё имя мы пронесем в памяти от первых дней знакомства на многие-многие годы, порой забыв имена одноклассников.

Мы становимся старше – наш мир становится больше. Может Родина начинается с первой любви, что хранится в сердце многие годы. Может с первыми шагами во взрослую настоящую жизнь на выпускном вечере в школе. Или на первых экзаменах в университет.

УНИВЕРСИТЕТ на несколько лет становится нашим домом, нашим миром – здесь мы любим, ненавидим, учимся жить, становимся умнее и образованнее и его мы вспоминаем в дальнейшей жизни чаще. Здесь мы находим друзей, которые пройдут рядом с нами по жизни, иногда в университете мы находим свою судьбу, свою любовь.

Именно после окончания университета нас ждет Большая и Долгая дорога – Жизнь. И к преподавателям университета у нас будет другое отношение и любовь, ведь они готовили нас к взрослой жизни.

Нашему Университету – 80 ЛЕТ. С Юбилеем тебя – Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино.

ПАНКРЕАТИТ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ

Абдуллажанов Б.Р., Бабаджанов А.Х., Ибрагимов С.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова. Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Острое повреждение легких (ОПЛ) и острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) при деструктивных формах панкреатита все ещё представляют существенную проблему с уровнем смертности 30-40%. Одним из основных звеньев интенсивной терапии ОРДС является своевременно начатая и адекватно проводимая респираторная поддержка. Проведение «безопасной» ИВЛ возможно, как в режимах с управляемым давлением, так и в режимах с управляемым объемом [1,2,3,4].

Цель исследования: изучение особенностей течения и улучшение результатов интенсивной и респираторной терапии панкреатит-ассоциированного острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС).

Материал и методы исследования. В исследуемую группу были включены 36 пациентов с панкреатит-ассоциированным ОРДС. Критерии диагностики и определение тяжести острого панкреатита основывались на пунктах международной классификации Атланта-92 третьего пересмотра (2012). Постановка диагноза ОРДС осуществлялась на основании диагностических критериев «Берлинской дефиниции» - результатах согласительной конференции в Берлине 2011 г., степень повреждения легких оценивалась по шкале Lung Injury Score – LIS. Так, тяжелая степень отмечена в 11 (30,5%) случаях, средняя степень тяжести – в 15 (41,7%), а легкая степень – у 10 (27,8%) пациентов. Протокол лечебной тактики включал преимущественно консервативные методы лечения с применением методик респираторной поддержки и ежедневной общей оценкой клинической картины в сочетании с анализом данных инструментальных методов исследований (рентгенография, МСКТ).

Респираторная поддержка проведена в соответствии с принципами «безопасной ИВЛ» и применением «пошаговой» методики повышения Pcontrol и РЕЕР. Был проведен анализ динамики регулируемых параметров ИВЛ и контролируемых респираторных показателей на 3, 5 и 8-е сутки. Критериями эффективности проведения ИВЛ служили: PaO₂/FiO₂ более 300 мм рт. ст., уменьшение инфильтрации на рентгенограмме и/или компьютерной томографии грудной клетки, увеличивающаяся в динамике статическая податливость.

Результаты исследования и их обсуждение. Все пациенты с установленным диагнозом панкреатит-ассоциированный ОРДС требовали проведения ИВЛ от 5 до 12 суток. В 20 (55,5%) случаях применение «пошаговой» методики повышения РЕЕР с последующим подбором его оптимального значения вызвало достоверное улучшение оксигенации уже через 12 часов после начала респираторной поддержки: индекс PaO₂/FiO₂ увеличился с 155±65 до 200±18 мм рт. ст., PaCO₂ снизился с 48,2±2,5 до 42,4±1,6. Рентгенологические и на МСКТ в динамике отмечалось значительное уменьшение распространенности зон инфильтрации и улучшение легочного рисунка. Таким образом, проводимый комплекс интенсивной и респираторной терапии привел к выздоровлению 20 (55,5%) пациентов. Летальные исходы отмечены в 16 случаях. Смертность составила 44,5%.

Выводы. Острый респираторный дистресс-синдром является наиболее частым и грозным осложнением тяжелого острого панкреатита, что требует усовершенствования лечебно-диагностической тактики для профилактики и лечения данной патологии.

Полученные нами данные свидетельствуют о высокой эффективности раннего применения методов респираторной терапии у пациентов с панкреатит-ассоциированным острым респираторным дистресс-синдромом.

Список литературы

1. Острый панкреатит (протоколы, диагностика и лечение) / С.Ф. Багненко [и др.] [Электронный ресурс] – М., 2014.
2. Ибрагимов, С.Х. Прогностические факторы рациональной антибиотикотерапии при гнойных осложнениях панкреонекроза / С.Х. Ибрагимов, З.А. Шаниева, Р.А. Ибадов // Материалы 14-й республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы urgentной хирургии при заболеваниях и травмах гепатопанкреатодуоденальной зоны». Ташкент, 12 декабря 2017 г. Вестник экстренной медицины. – 2017. - №10(4). – С.14.
3. Пути улучшения хирургического лечения больных инфицированным панкреонекрозом / К.С. Ризаев, Б.К. Алтыев, Ф.Б. Алиджанов, Ш.Э. Баймурадов // Вестник экстренной медицины. – 2016. - №9(1). – С.22-27.
4. Fluid resuscitation with lactated Ringer's solution vs normal saline in acute pancreatitis: A triple-blind, randomized, controlled trial / E. de-Madaria [et al.] // United European Gastroenterology Journal. – 2018. - N6(1). – P.63-72.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМОРРОЕ

Абдуллоев Д.А., Набиев М.Х., Холов А.Д.

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний в развитых индустриальных странах. Его распространенность достигает 120–140 случаев на 1000 взрослого населения [1, 5]. В структуре заболеваний прямой кишки и анального канала геморрой составляет 34–41% [2, 5]. Средний возраст больных, страдающих геморроем, составляет 30–50 лет [1,5]. Распространенность геморроя среди лиц трудоспособного возраста ведут к временной нетрудоспособности в период обострений и снижению качества жизни, поэтому ставит лечение геморроя в ряд важных общемедицинских и социально-экономических проблем.

В России хирургическое лечение геморроя применяется у 75% больных, обратившихся за медицинской помощью. Несмотря на активное внедрение в практику малоинвазивных методов лечения, наиболее распространенным методом лечения остается операция Миллигана – Моргана и ее модификации, направленные на ликвидацию основных групп геморроидальных узлов [3, 5]. Хирургическое лечение хронического геморроя остается до настоящего времени непростой и до конца нерешенной проблемой. Постоянный интерес к ней вызван не вполне удовлетворительными результатами оперативного лечения. Различные ранние и поздние осложнения после геморроидэктомии продолжают оставаться достаточно частыми, достигая 20–34% [1, 4,5].

Несмотря на совершенствование хирургических методов лечения геморроя и его осложнений, до настоящего времени результаты оставляют желать лучшего. Более чем у 48% больных с хроническим геморроем течение заболевания осложняется острым геморроидальным кризом (острым тромбозом геморроидальных узлов), и тяжелыми упорными геморроидальными кровотечениями с сопутствующей анемией, которые могут повторяться от 2 до 6 раз в год, и при этом период временной нетрудоспособности при очередном обострении может составить от 6 до 35 дней.

Целью настоящего исследования является совершенствование хирургического лечения внутреннего геморроя.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 19 больных с внутренним геморроем с периодическими кровотечениями, из них все женщины, возраст больных колебался от 40 до 50-ти лет. Длительность заболевания колебалась от 3 до 5 лет. Оперативные вмешательства проводились в хирургическом отделении ГУ «Комплекс здоровья Истиклол». Клиническое исследование больных с геморроем состояло из общепринятых методов: выяснение жалоб, анамнез заболевания и данные объективного обследования, клинко-лабораторные и эндоскопические исследования. Математическая обработка регистрируемых параметров выполнена на персональном компьютере типа «IBM PC/AT» с пакетом прикладных программ CSS/3 и CSS for Windows методом дискриминантного анализа по F-критерию Фишера и путем корреляционного анализа по t-критерию Стьюдента. Для сравнения относительных величин использовали метод арксинусного преобразования.

Результаты исследования и их обсуждение. Методика операции практически соответствует классической геморроидэктомии по Миллигану-Моргану с помощью биполярной электрохирургической установки Ligasure фирмы Valleilab (США). Методика основана на биполярной электрокоагуляции, которая вызывает денатурацию коллагена и эластина в тканях с образованием зоны коагуляционного некроза, разрез при которой не сопровождается кровотечением. Внутренние геморроидальные узлы после девульсии ануса оттягивают зажимом Люэра, надсекают слизистую, на ножке накладывают Ligasure, затем коагулируют и отсекают. Для профилактики нагноения на слизистую накладываются 2-3 серо-серозных шва. Таким образом, иссекаются и удаляются внутренние геморроидальные узлы на 3, 7 и 11 часах по циферблату. В анус вводят газоотводную трубку. Преимущества: во-первых, во время операции нет необходимости в перевязке геморроидальных сосудов, что значительно сокращает время операции и делает ее практически бескровной. Во-вторых, дозированное время и мощность подаваемой энергии делает операцию менее травматичной, что уменьшает неприятные ощущения и сроки послеоперационного периода. Сроки госпитализации в стационаре от 3 до 7 дней. В ближайшем послеоперационном периоде возможных осложнений в виде кровотечения, нагноения, стриктуры заднего прохода и недостаточности анального сфинктера не наблюдаются.

Таким образом, дозированное время и мощность подаваемой энергии делает операцию менее травматичной, что уменьшает неприятные ощущения и сроки послеоперационного периода. Сроки госпитализации в стационаре от 3 до 7 дней. В ближайшем послеоперационном периоде возможные осложнения в виде кровотечения, нагноения, стриктуры заднего прохода и недостаточности анального сфинктера не наблюдались.

Список литературы

1. Благодарный, Л.А. Как улучшить результаты хирургического лечения геморроя / Л.А. Благодарный, Ю.А. Шельгин // Consilium medicum. Хирургия. – 2006. – № 1. – Т. 8. – С. 49–52.
2. Борисов, И.Ф. Геморроидэктомия плазменным скальпелем: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.Ф. Борисов. – М. – 2011. – 16 с.
3. Воробьев, Г.И. Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный. – М.: Литтерра, 2010. – 200 с.
4. Гаин, М.Ю. Малоинвазивные технологии в комплексном лечении геморроя / М.Ю. Гаин, С.В. Шахрай // Новости хирургии. – 2011. – № 4. – Т. 19. – С. 113–122.
5. Житихин, Е.В. Современные способы хирургического лечения хронического комбинированного геморроя / Е.В. Житихин, Д.Н. Лега // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2013. - №4(44). – С. 209-213.

МОДЕЛИРОВАНИЕ НЕПРОХОДИМОСТИ МЕЗЕНТЕРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ И ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Абдуллоев З.Р., Бахромов М.Б., Мансуров Х.Н., Абдуллаев А.А.

ЦНИЛ, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Непроходимость мезентеральных сосудов является потенциально опасной сосудистой патологией с общей смертностью 60-80 % и ее постоянным ростом на 1-5 % в год. Эта патология включается в группу патофизиологических процессов, которые приводят к некрозу кишечника. Основной причиной низкой выживаемости остается сложность в диагностике этого состояния. Проявления заболевания в большинстве случаев неспецифичны, нередко имеется несоответствие между тяжелой абдоминальной болью и минимальными клиническими

проявлениями. Физикальный осмотр не позволяет достоверно различить ишемию и инфаркт кишечника. Такие осложнения, как: илеус, перитонит, панкреатит и желудочно-кишечные кровотечения - могут маскировать первоначальные признаки и симптомы болезни. Факторы риска и клиническая картина различаются в зависимости от основного патологического механизма развития заболевания. Поскольку острая ишемия кишечника быстро прогрессирует до необратимого некроза, возникают серьезные метаболические расстройства, приводящие к множественной органной дисфункции и смерти. Поэтому экспериментальное изучение изменений в кишечнике имеет большое значение. Раннее выявление изменений в кишечнике и своевременное использование диагностических и оперативных методов с целью быстрого восстановления кровотока является ключом к снижению высокой смертности, связанной с осложнениями острой мезентериальной ишемии [1-5].

Цель исследования. Изучение морфологических и биохимических изменений при моделировании непроходимости мезентеральных артерий в эксперименте.

Материал и методы исследования. Моделирование проводилось на 26 кроликах обоих полов массой $2,5 \pm 0,7$ кг. Группа опыта – 14 кроликов, контроля – 12. Животные находились в стандартных условиях вивария со свободным доступом к пище и воде. При проведении опыта учитывались этические нормы обращения с животными. Подопытные фиксировались к операционному столу, вводились в наркоз, оперативные вмешательства производились в условиях экспериментальной операционной. После мини-доступа скелетизировались брыжеечные сосуды, затем испытывались следующие методы: 1) неполная перевязка верхнебрыжеечной артерии; 2) наложение клипсы из металла с памятью формы на сосуды заведомо охлажденной брыжейки тонкого кишечника; 3) выполнение артериотомии с последующей резекцией и пластикой участка стенки артерии. В группе контроля вызывалась острая ишемия путем полной перевязки артерий. По истечении двух недель производилась релапаротомия с резекцией ишемизированного участка кишки, срезы подверглись гистологическому исследованию, биохимические показатели характеризовались степенью перекисного окисления липидов гомогената слизистой оболочки. Интенсивность ПОЛ оценивали по содержанию диеновых конъюгатов (ДК), кетодиенов (КД), малонового диальдегида (МДА) и оснований Шиффа (ШО).

Результаты исследования и их обсуждение. В микропрепаратах группы контроля тотальные некротические поражения слизистой, показатели ПОЛ – без изменений. В опытной группе №1 имеются очаги диападезных кровоизлияний, некротические участки, отмечается подъем ШО на 12,6%, остальные показатели без изменений. В группе № 2 – морфологическая картина стенки кишки с признаками лейкоцитарной инфильтрации, имеются участки десерозирования наружной оболочки, увеличенные ядра со значительной базофилией. Показатели ПОЛ значительно увеличены: ДК - на 34,5%, КД – на 17,5%, МДА – на 8%, ШО – на 3,5%. При микроскопии биопсийного материала 3-ей группы морфологические отклонения не наблюдались, слизистая имела четкий контур, равномерную способность к окрашиванию, ядра мышечных элементов визуализировались, серозная оболочка целостна и равномерна. Показатели ДК увеличены на 48,2%, КД – на 25,0%, МДА – на 15,3%, ШО – на 18,0%.

Выводы. Моделирование ишемии мезентериальных сосудов с применением сосудистой техники является оптимальным методом изучения. Полученные результаты свидетельствуют о том, что из всех предложенных методов моделирования хронической артериальной непроходимости, наиболее оптимальной является выполнение артериотомии с последующей резекцией и пластикой участка стенки сосуда. Это объясняется, в первую очередь, повреждением эндотелия, и, как следствие, постепенным тромбированием без того «стенозированного» участка сосуда.

Список литературы

1. Курбонов, К.М. Современные технологии в диагностике и лечении острого нарушения мезентериального кровообращения / К.М. Курбонов, Ф.М. Абдуллоев, Р.Р. Рахимов // Здоровоохранение Таджикистана. - 2016. - № 3. - С. 34-37.
2. Хирургическое лечение абдоминального ишемического синдрома / О.И. Миминошвили [и др.] // Украинский журнал хирургии. - 2011. - № 1(10). - С.84-89.
3. К вопросу ранней диагностики острой мезентериальной ишемии в эксперименте / Е.В. Намоконов [и др.] // Забайкальский медицинский вестник. - 2015. - №2. - С. 151-154.
4. Шалаева. И.В. Сосудистые заболевания и тонкий кишечник / И.В. Шалаева, М.А. Крюк // Новости медицины и фармации. - 2013. - №5. - С. 35-40.
5. Диагностика и лечение острого нарушения мезентерального кровообращения: современное состояние проблемы / Д.В. Юшкевич, В.Я. Хрыщанович, И.М. Ладутько // Медицинский журнал. - 2013. - №3. - С.38-44.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ДИФFUЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Абдуллозода Д.А., Сайфудинов Ш.Ш., Гуломов Л.А.

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. При анализе отечественных источников литературы частота возникновения кровотечений из ложа желчного пузыря во время лапароскопических вмешательств, требующих дополнительного гемостаза, колебалась в пределах от 0,7–4,1%, что зачастую требовало конверсии ввиду невозможности эндоскопического локального гемостаза. Однако, сама по себе конверсия ещё не решает проблемы гемостаза и требует порой немалых усилий, удлинения времени оперативного вмешательства, а также применения огромного «арсенала» гемостатических средств и пособий, что в условиях интенсивного кровотечения, а также цирротического изменения печёночной ткани может иметь серьезные последствия, в том числе осложнения, связанные с недостаточной визуализацией.

Недостаточно или неправильно обработанное ложе желчного пузыря может стать источником кровотечения, а также билиреи (как интраоперационно, так и в раннем послеоперационном периоде). Кровотечение и желче-

истечение из ложа желчного пузыря, значительно пролонгирующие оперативное вмешательство, требующие конверсии при выполнении лапароскопической операции, удлиняющие течение послеоперационного периода, а также способствующие повторным вмешательствам в раннем послеоперационном периоде, отмечаются у 0,2–14% оперированных больных, а в 3,4% наблюдений приводят к летальным исходам.

Несмотря на несомненные успехи в технике гепатобилиарной хирургии, проблема интраоперационного гемо- и билистаза при кровотечениях из ложа желчного пузыря, поиск новых гемостатических технологий сохраняют свою актуальность.

Цель исследования. Оценить эффективность разработанного способа обработки ложа желчного пузыря после холецистэктомии у больных с диффузно-измененными тканями печени.

Провести сравнительный анализ различных методов обработки ложа желчного пузыря после холецистэктомии у больных с диффузно-измененными тканями печени.

Материал и методы исследования. В ГУ ГЦ СМП и ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» с 2017-2019 гг. было госпитализировано и пролечено 23 больных с калькулезным холециститом и сопутствующим циррозом печени. Возраст больных варьировал от 46 до 80 лет, средний возраст при этом составил $54 \pm 1,9$ г. Женщин было 15 (65,2%), мужчин - 8 (34,8%). Все больные поступили в клинику последовательно и без предварительного отбора. Соотношение между мужчинами и женщинами среди больных составило 1:2,1. Длительность заболевания до госпитализации у больных составила в среднем 4,2 и 3,8 суток, соответственно.

Всем больным при поступлении были проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ, ЭФГДС, рентгенографию, ЭКГ. По мере необходимости выполняли лапароскопию и МРТ. Из лабораторных исследований особое внимание было уделено определению уровня билирубина и его фракций, белка и его фракций, трансаминаз (АлАт, АсАт) и щелочной фосфатазы, холестерина, железа, протромбиновой активности крови, позволяющих оценить основные функции печени, наличие и выраженность патологических синдромов (холестаза, гепацитоза). Забор крови осуществляли до операции и на 4-е сутки после операции.

Следует отметить, что в наших наблюдениях у 7 (30,4%) больных были выявлены сопутствующие заболевания. В большинстве случаев имело место сочетание двух и более нозологических форм сопутствующих заболеваний, которые снижают функционально-компенсаторные возможности организма и могут влиять на течение до, интра- и послеоперационного периодов.

В пред- и в послеоперационном периоде больным было назначено комплексное консервативное лечение, в том числе препараты из группы антигипоксической и антиоксидантной терапии.

Дополнительными критериями включения пациентов в исследование являлось повышение уровня аланинаминотрансферазы (АлАт), аспаргатаминотрансферазы (АсАт) и гаммаглутамилтранспептидаза (ГГТП) в 1,5 раза и более от нормального значения.

Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 6.0» (StatSoft Inc., USA). Для абсолютных величин вычисляли средние значения и ошибку среднего значения ($M \pm m$); для качественных показателей – относительную величину (Р,%). Парные сравнения количественных величин проводились по U-критерию Манна-Уитни и T-критерию Уилкоксона, для определения различий между группами по качественным признакам использовался критерий χ^2 . Сравнение нескольких независимых количественных групп проводилось с использованием H-критерия Крускала-Уоллиса. Различия статистически считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. В связи с отсутствием эффекта от комплексной консервативной терапии в течение 3-4 суток срочному (n=3) и отсроченному (n=2) оперативному лечению было подвергнуто 5 больных.

Все больные в зависимости от способа обработки ложа желчного пузыря были разделены на четыре группы:

1. Плановая открытая холецистэктомия с закрытием ложа желчного пузыря наглухо (n=4).
2. Плановая видеолапароскопическая холецистэктомия с электрокоагуляцией всей ложи желчного пузыря (n=5).
3. Разработанная в клинике традиционная плановая открытая холецистэктомия с закрытием ложа желчного пузыря прядью сальника (n=9).
4. Плановая видеолапароскопическая холецистэктомия с тампонадой ложа желчного пузыря губкой Тахо-Комба и избирательная коагуляция только отдельных кровоточащих сосудов (n=5).

Необходимо отметить, что во всех случаях, оперативное вмешательство нами завершалось дренированием подпеченочного пространства.

В первой группе осложнения наблюдались в 3-х (75%) случаях в виде кровотечения (n=2) и желчеистечения (n=1). При этом в двух случаях пришлось выполнить повторное оперативное вмешательство.

В группе больных, которым выполняли плановую видеолапароскопическую холецистэктомию с электрокоагуляцией всей ложи желчного пузыря, также отмечалось развитие осложнений. Как известно, основным достоинством данной методики является простота применения и его доступность большинству хирургов. Однако, исследования показали, что после электрокоагуляции образуется зона коагуляционного некроза, величину которого очень трудно контролировать, что в дальнейшем служит субстратом для развития инфекционных осложнений, вторичных кровотечений и желчных свищей [2,4,5]. Такие осложнения у нас возникли в 2 случаях (вторичное кровотечение - 1, желчный свищ - 1). В обоих случаях потребовалось повторное оперативное вмешательство. В свою очередь, это затянуло время пребывания больных в стационаре, и, соответственно, удлинит время восстановления и реабилитации больных. Мы не рекомендуем использование данной методики при диффузно-воспалительном процессе в печеночной ткани, ввиду возникающего большого количества осложнений.

Гемостаз ложа желчного пузыря в третьей группе больных проводился следующим образом: после оценки состояния ткани печени производится общеизвестная традиционная холецистэктомия. Затем приступают к обра-

ботке ложа желчного пузыря. Участок большого сальника укладывается в ложе желчного пузыря и непрерывным кетгутовым швом захватывается глисоновая капсула с одной стороны и, проводя нить под сальником, берется глисоновая капсула с противоположной стороны. Наложение шва начинается с того места, где прилежала шейка желчного пузыря. Нить натягивается и завязывается. Натяжение должно быть умеренным, чтобы не нарушить кровоснабжение участка большого сальника и чтоб не возник его некроз, а также с целью сохранения целостности глисоновой капсулы и ткани печени. Этим способом добивается оптимальный гемостаз ложи желчного пузыря после холецистэктомии у больных с диффузным заболеванием печени. Таким способом обработка была проведена у 9 больных с диффузными заболеваниями печени и, что удивительно, ни у одного больного осложнения не наблюдались. Очевидно, что эффективность данной методики не вызывает сомнений, и подтверждается проведенными нами исследованиями.

В следующей группе больных, хорошие результаты были получены благодаря использованию видеолапароскопической техники с тампонадой ложа желчного пузыря губкой Тахо-Комба, сопровождающейся меньшей травматичностью и избирательной коагуляцией только отдельных кровоточащих сосудов. Избирательная электрокоагуляция кровоточащих сосудов в области ложа желчного пузыря обеспечивает меньшее коагуляционное повреждение печеночной паренхимы, чем при использовании сплошной электрокоагуляции, о чем свидетельствуют результаты анализа. При выполнении такого метода обработки ложа желчного пузыря осложнение в виде кровотечения возникло в одном случае (20%) из 5 выполненных операций. Общее состояние больного было удовлетворительным, а кровотечение не было обильным и прекращалось самостоятельно на третьи сутки после операции, на фоне применения комплексного консервативного лечения. Следовательно, данная методика является эффективным способом, что подтверждается проведенными нами исследованиями.

Выводы. При диффузных воспалительных процессах, ввиду морфофункциональных изменений в ткани печени, после холецистэктомии возникают различные осложнения. С целью профилактики развития осложнений при данной патологии наиболее эффективными способами, по нашему исследованию, являются видеолапароскопическая холецистэктомия с тампонадой ложа желчного пузыря губкой Тахо-Комба с избирательной коагуляцией только отдельных кровоточащих сосудов, а также разработанная в клинике традиционная плановая открытая холецистэктомия с закрытием ложа желчного пузыря прядью сальника.

Список литературы

1. Современные подходы к диагностике циррозов печени / О.Г. Коновалова [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – № 3. – С. 51-53.
2. Интраоперационные способы гемостаза при операциях на печени. / Г.Ц. Дамбаев [и др.] // Бюл Сиб Медицины. – 2011. – №10 (4). – С. 89-92.
3. Гемостатический материал местного действия на основе окисленной целлюлозы // А.Р. Таркова [и др.] / Сиб Науч Мед Журн. – 2015. – №35(2). – С. 11-15.
4. Применение нового гемостатического средства "Гамастат" при паренхиматозном кровотечении в эксперименте. // Н.И. Мельнова [и др.] / Воен Медицина. – 2013. – № (2). – С. 62-66.
5. Интраоперационные способы гемостаза при операциях на печени. // Г.Ц. Дамбаев [и др.] / Бюл Сиб Медицины. – 2011. – №10(4). – С. 89-92.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОБТУРАЦИОННЫМ ХОЛЕЦИСТИТИТОМ И ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Абдуллозода Д.А., Гуломов Л.А., Сайфудинов Ш.Ш.

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Известно, что проблема острого обтурационного холецистита является наиболее актуальной среди пациентов гериатрического возраста. При этом с каждым десятилетием в 3 и более раза отмечается возрастание послеоперационной летальности у пациентов пожилого и старческого возраста [1,2].

Больным с рецидивирующим калькулезным холециститом с частыми обострениями, тяжелыми сопутствующими заболеваниями, исключающими применение наркоза и хирургического вмешательства, показана чресфистульная санация желчного пузыря, позволяющая добиться облитерации полости желчного пузыря и предотвратить повторные рецидивы заболевания [1,3,5].

На сегодняшний день тактика лечения больных острым с обтурационным холециститом и высоким операционно-анестезиологическим риском является одной из актуальных проблем гепатопанкреатобиллиарной системы и, несмотря на ряд успехов в лечении больных этой категории, данная проблема остается нерешённой [2,4].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с острым обтурационным холециститом и высоким операционно-анестезиологическим риском.

Материал и методы исследования. В ГУ ГЦ СМП и ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» с 2018-2019 гг. было госпитализировано 248 больных с острым обтурационным холециститом, возраст которых варьировал от 39 до 80 лет, средний возраст при этом составил $49 \pm 1,5$.

Все больные поступили в экстренном порядке (спустя 1-5 суток после желчной колики). Женщин было 173 (70%), мужчин - 75 (30%). Наиболее частой причиной развития острого обтурационного холецистита являлся камень желчного пузыря, который наблюдался у 238 (96%) больных, а у остальных 10 (4%) больных причины обтурации носили бескаменный генез (паразиты, слизи и т.д.). У 120 (48,4%) больных была отмечена сопутствующая патология в виде: ИБС, атеросклероз сосудов головного мозга и аорты, бронхиальная астма, сахарный диабет и другие патологии, отягощающие основное заболевание. Именно у этих больных нами проводилось исследование.

Пациентам выполнялись клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, в том числе ультразвуковые, рентгенологические, ЭКГ, ЭхоКГ, ФВД, КТ (по показаниям). Состояние и степень эндотоксемии клинически оценивалось с использованием лейкоцитарного индекса интоксикации по Я.Я Кальф-Калифу (норма 0,4-1,6), который рассчитывали по следующей формуле:

ИКК (индекс Кальф-Калифа) = $(4м+3ю+2п+с) \cdot (Пл+1) / (Л+Мон) \cdot (Э+1)$

Тяжесть эндотоксемии оценивали параметрическим тестом (Пафомова Г.Л.).

У всех больных при проведении ультразвукового исследования были выявлены признаки обтурации желчного пузыря, утолщение стенки желчного пузыря, перивезикальный инфильтрат и инфильтрат в области проксимальной части гепатодуоденальной связки. У этих больных в общем анализе крови был выявлен лейкоцитоз со сдвигом влево. Еще у 15 больных были выявлены сморщенные почки различной степени, и в биохимическом анализе отмечали повышение уровня азотистых шлаков.

У этого контингента больных из-за сопутствующей патологии и перивезикального инфильтрата невозможно было провести одноэтапную холецистэктомию. Поэтому было решено провести лечение таких больных в два этапа, а для того чтобы быстрее подготовить больного к заключительному этапу, т.е. к лапароскопической холецистэктомии с устранением сопутствующих патологий, мы применяли комплексную консервативную терапию и лазеротерапию желчного пузыря и желчевыводящих систем. Лазеротерапию применяли ввиду того, что она обладает рядом положительных эффектов в организме, одним из которых является стойкий противовоспалительный и рассасывающий эффект.

Всем больным (n-120) с учетом того, что имеются тяжелые сопутствующие патологии, инфильтрат в области шейки желчного пузыря и проксимальной части гепатодуоденальной связки, был произведено двухэтапное вмешательство. Эти больные были разделены на две условные группы в зависимости от тактики хирургического лечения.

В первую группу вошли 92 (76,7%) больных, которым накладывалась микрохолецистостома под контролем УЗИ и применялась комплексная консервативная терапия.

Во вторую группу были включены 28 (23,3%) больных, которым, кроме наложения микрохолецистостомы под контролем УЗИ и применения комплексной консервативной терапии, выполнялась лазеротерапия желчного пузыря через микрохолецистостому.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты лечения больных с острым обтурационным холециститом во многом зависели от нескольких факторов: продолжительность приступа, сопутствующая патология, возраст больного, квалификация хирурга, выбор метода лечения.

В 1-й группы у 92 (76,7%) больных во время проведения заключительного оперативного вмешательства был выявлен инфильтрат и плотные сращения в области шейки желчного пузыря и гепато-дуоденальной связки. По этой причине в этой группе в 23 (25%) случаях была проведена конверсия.

Во 2-й группе в 28 (23,3%) случаях проведено динамическое УЗИ органов гепатопанкреатобилиарной системы в период декомпрессии желчевыводящих систем. Такие признаки как инфильтрат, утолщение стенок желчного пузыря не выявлены ни у одного больного. При проведении лапароскопической холецистэктомии были выявлены незначительные рыхлые спайки, которые легко были устранены лапароскопическим способом во время холецистэктомии. Следует отметить, что в этой группе конверсия не производилась.

Известно, что лазеротерапия обладает противовоспалительным и рассасывающим эффектом. Поэтому применение данного метода в местных тканях гепатобилиарной зоны при обтурационном холецистите, после декомпрессии желчевыводящих систем через микрохолецистостому под контролем УЗИ, у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском является уместным.

Вывод. Как показали наши исследования, двухэтапная тактика с применением лазеротерапии через микрохолецистостому в период декомпрессии желчевыводящих систем у больных с острым обтурационным холециститом и высоким операционно-анестезиологическим риском улучшает процесс рассасывания инфильтрата и укорачивает время предоперационной подготовки, уменьшает интраоперационные осложнения и частоту конверсий.

Список литературы

1. Курбонов, К.М. Особенности лечения калькулезного холецистита осложненным перипузырным инфильтратом. / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев, У.Р. Муродов, Р.Х. Саидов // Матермалы XXV Юбилейного конгресса ГПБХ стран СНГ, Алматы – 2018, – С 113-114
2. Морева, В. Желчекаменная болезнь как планетарно актуальная социальная и медицинская проблема. / В. Морева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2015. – Т. 5. – № 6. – С. 982.
3. Назаров, З.Н. Результаты хирургического лечения желчекаменной болезни. З.Н. Назаров, Д.Б. Юсупалиева, Ю.М. Тилавова // Вопросы науки и образования. – 2019. – № 7 (53). – С. 219-226.
4. Шербеков, У.А. Тактика ведения больных желчекаменной болезнью с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией. / У.А. Шербеков, С.К. Алиева, Ж.Ж. Вохидов // Academy. – 2018. – Т. 2. – № 6 (33). – С. 85-89.
5. Юсифзаде, К.Р. Улучшение результатов хирургического лечения желчекаменной болезни. / К.Р. Юсифзаде // Вестник хирургии Казахстана. – 2014. – № 1 (37). – С. 28-33.

ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Абдурасулов А.А., Абдурозиков А.А., Зокиров Р.А., Джамиллов Р.Д.

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является в настоящее время одной из актуальных проблем медицины. В патогенезе гастродуоденальных язв большое значение придается ацидопептическому фактору, трофическим и структурным нарушениям слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Причем, последнее является одной из причин развития хронического течения язвенного процесса. Лечение хронических гастродуоденальных язв остается одной из наиболее сложных и нерешенных проблем, так как существующие консервативные методы их лечения нельзя признать удовлетворительными вследствие того, что сроки эпителизации продолжительны, а отдаленные результаты неудовлетворительны. По данным ряда авторов, общепринятая противоязвенная терапия в 40-80 % наблюдений оказывается безуспешной.

Наличие грануляционно-рубцового вала в зоне язвы препятствует проникновению к патологическому очагу лекарственных веществ, применяемых для ускорения заживления дефекта слизистой оболочки как при парентеральном, так и при энтеральном их введении.

В настоящее время появилось новое направление в терапии гастродуоденальных язв, а именно лечебная эндоскопия с местным воздействием на зону локализации язвы растворами оксидантов и репарантов. При этом с различным положительным эффектом вводили в края язвы или наносили на ее поверхность гепарин, оксифер-рискорбон, кортикостероиды, колларгол, клей МК-6 и МК-7, специальную смесь-гастрозоль, дибунол, прополис, воздействовали на язвенную поверхность гелий-неоновым лазером и т.д.

Целью исследования является улучшение комплекса консервативного и эндоскопического лечения гастродуоденальных язв.

Материал и методы исследования. Обследование и лечение нами было проведено у 98 больных, в том числе у 32 женщин и 66 мужчин в возрасте от 21 года до 67 лет, причем в возрасте старше 55 лет было 63% больных. У 66 больных была язва луковицы двенадцатиперстной кишки, у остальных язва желудка. Размеры язвы луковицы двенадцатиперстной кишки варьировали от 0,3 до 1,3 см, язвы желудка – от 0,5 до 2,5 см.

У больных язвой желудка перед началом лечения проводили гистологическое и цитологическое исследование биоптата из края и дна язвы для исключения малигнизации.

Лечение заключалось в следующем: через биопсийный канал эндоскопа к области язвы желудка или двенадцатиперстной кишки подвели зонд, через который дно язвы отмывали от некротических масс раствором трипсина, осушали раствором хлорфилипта. После этих манипуляций проводили аппликацию дна язвы облепиховым маслом из расчета 5 мл на каждую процедуру. Количество эндоскопических процедур варьировало от 6 до 10.

Уже после третьей лечебной процедуры отмечалось улучшение общего состояния больных, а у 31 % больных наступил стойкий обезболивающий эффект. У 92 больных наступила эпителизация язвы с образованием нежного рубца. При контрольном ФГДС исследовании язвенный дефект слизистой оболочки не наблюдался.

Эффект не был достигн у одного больного 52 лет с хронической язвой луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 1,2 см на фоне выраженного геморрагического бульбита. После 9 лечебных эндоскопий язва луковицы двенадцатиперстной кишки уменьшилась только на 1/3 от первоначального размера.

В процессе лечения при динамическом эндоскопическом контроле отмечалось уменьшение воспалительного процесса вокруг язвы, дно ее очищалось и покрывалось рыхлыми сочными грануляциями с последующим образованием нежного рубца. Лечебные эндоскопии входили в комплекс общепринятого курса противоязвенной терапии. Как показал наш опыт, такое сочетание является одним из путей решения проблемы лечения хронических язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Результаты исследования и их обсуждение. Таким образом, лечебные эндоскопии в комплексной терапии позволили получить положительный результат на 10-14-й день от начала лечения и, тем самым, сократить время пребывания больного в стационаре в 1,5-2 раза. Налицо и экономический эффект лечения.

В течение первого года повторно в стационар после проведенного нами лечения поступили 4 пациента, из них 2 были оперированы, у одного обнаружена малигнизированная язва желудка. В течение второго года поступило 5 человек. Этим больным повторно проводился курс лечебных эндоскопий с использованием облепихового масла. Достигнута эпителизация язвы.

Выводы. Таким образом, стойкий положительный результат комплексной терапии гастродуоденальных язв, включающей лечебные эндоскопии с облепиховым маслом, был отмечен в 93,7% наблюдений.

Отдаленные результаты лечения хронических гастродуоденальных язв с применением этого метода подтвердили его достаточно высокую терапевтическую эффективность.

С 2014 г. нами проводятся лечебные эндоскопии с облепиховым маслом, способствующим стимуляции регенеративных свойств тканей. Фармакопейное облепиховое масло стимулирует процесс эпителизации язвы слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки и ингибирует активность желудочных протеаз.

Список литературы

1. Маев И.В. Язвенная болезнь ДПК: диагностика и лечение / И.В. Маев, Т.С. Огонсян // ConsiliumMedicum. – 2010. – Т.12, №8. - С.14.
2. Апоян В.Т. Опыт применения эндоскопической склеротерапии при язвенных кровотечениях, СБ. научных трудов / В.Т. Апоян, С.Г. Пагосян // М, 2001. - С. 145-146.
3. Булгаков С.А. Классический ингибитор протонной помпы препарата Омез в лечении язвенной болезни / С.А. Булгаков // Фарматека. – 2010. - №15. - С.34-38.

4. Доброквашин С.В. Способ лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / С.В. Доброквашин, Д.Г. Морозова, Р.Я. Ямунов // Бюллетень «Изобретения. Полезные модели». - 2005. - С. 2.
5. Максименко В.Б. Зависимость времени рубцевания язвы от продолжительности действия антисекреторного препарата при язвенной болезни 12-перстной кишки / В.Б. Максименко // Мат XVI росс, гастроэнтерологов. - Москва, 2010. - С.166.

РОЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В УЛУЧШЕНИИ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ

Абдурахманов М.М., Умаров Б.Я.

Кафедра хирургических болезней и реанимации, БГМИ им. Абу Али Ибн Сино. Узбекистан

Актуальность. Цереброваскулярные заболевания, и ишемический инсульт в частности, остаются одной из наиболее актуальных проблем современной неврологии. В 80% случаев поражение носит ишемический характер и у большинства пациентов развивается из-за сужения сосудов, кровоснабжающих головной мозг. С целью профилактики развития ишемических нарушений мозгового кровообращения выполняется операция каротидной эндартерэктомии из пораженного сегмента сонной артерии. Хирургическая профилактика ишемического инсульта, развивающегося вследствие стенозирующего поражения брахиоцефальных артерий, по своей эффективности значительно превышает результаты медикаментозной терапии [1,2,3]. Несмотря на сохраняющийся интерес к проблеме выбора метода хирургической реваскуляризации каротидных артерий, до настоящего времени не систематизированы факторы риска, коррекция которых позволит снизить количество осложнений, а также не разработана современная прогностическая модель в отношении исходов хирургического лечения каротидных стенозов. Особенно актуальным является исследование функции эндотелия у пациентов с сосудисто-мозговой недостаточностью головного мозга, как основного патогенетического звена артериальной гипертензии и атеросклероза. [4]. Эндотелий обладает сосудодвигательной, антитромбоцитарной, антикоагулянтной, тромболитической, противовоспалительной, антиоксидантной и антипролиферативной активностью, ему принадлежит чрезвычайно важная роль в развитии атеросклеротических изменений сосудистой стенки, ремоделировании сосудов, ангиогенезе [5].

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных со стенозическими поражениями сонных артерий на основе коррекции эндотелиальной дисфункции

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на 72 больных, которые находились на лечении в клинике хирургических болезней Бухарского Медицинского института. Пациентов разделили на две группы: 1-я группа — пациенты, которым выполнена классическая каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) с пластикой артерий аутовенозной заплатой (38 больных, 52,8 %), 2-я группа — больные, которым выполнена эверсионная КЭЭ (34 больных, 47,2%). Ультразвуковая диагностика производилась на аппарате SSI 5000 Sono Scape. Для локации и измерения просвета и толщины комплекса интима-медиа и показателей кровотока в общей сонной артерии применялся линейный датчик с магистральной частотой 7,5 МГц. Измерение просвета проводилось в дуплексном режиме с цветным доплеровским картированием (ЦДК) потоков. Определение толщины интима-медиа (ТИМ) проводили методом ультразвукового дуплексного сканирования сосудов в В-режиме. В соответствии с рекомендациями Американской ассоциации по изучению Артериальной гипертензии нормой считали ТИМ менее 0,9 мм., а за утолщение принимали толщину интимы, равную или превышавшую 0,9 мм. [5]. Всем больным, кроме общеклинических и биохимических анализов крови, определяли гомоцистеин в плазме крови иммуноферментным методом.

Результаты исследования и их обсуждение. Одним из наиболее удобных в практическом отношении методов диагностики дисфункции эндотелия (ДЭ) является оценка изменения диаметра плечевой артерии до и после кратковременной ишемии конечности. Атеросклеротическое поражение плечевой артерии тесно связано с аналогичными изменениями в коронарных и сонных артериях: нарушение потоко-зависимой дилатации плечевой артерии является предиктором сердечно-сосудистых заболеваний [4]. Использована методика разработанная в 1992 г. D.S. Seiermajer. Для оценки изменения диаметра плечевой артерии использовали линейный датчик 7,5 МГц ультразвукового аппарата (SSI 5000 Sono Scape.). Плечевую артерию лоцировали в продольном сечении на 2-15 см выше локтевого сгиба, изображение синхронизировали с зубцом R ЭКГ. Исследование проводили в триплексном режиме (В-режим, цветное доп-плеровское картирование потока, спектральный анализ доплеровского сдвига частот). Проба с реактивной гиперемией была выполнена 72 пациентам. В двух группах обследуемых пациентов проводили сравнительный анализ изменения диаметра плечевой артерии через 30 и 60 секунд после декомпрессии (эндотелийзависимая вазодилатация — ЭЗВД). Нормальной реакцией плечевой артерии считали ее дилатацию на фоне реактивной гиперемии более чем на 10 % от исходного диаметра. Меньшее значение или вазоконстрикцию расценивали как патологическую реакцию. При анализе функционального состояния эндотелия определялось выраженное снижение ЭЗВД в обеих группах. У пациентов 1-й группы ЭЗВД плечевой артерии средний показатель увеличения диаметра плечевой артерии на 30-й секунде составил $5,67 \pm 1,54$ %, на 60-й секунде — $5,51 \pm 1,64$ %, что оказалось достоверно ниже, чем у пациентов 2-й группы: $6,85 \pm 1,70$ % и $6,13 \pm 1,75$ % на 30-й и 60-й секундах соответственно ($p < 0,05$). Полученные результаты показывают значительную степень нарушения эндотелий-зависимой вазодилатации у пациентов со стенозирующим атеросклерозом сонных артерий и подтверждают большую ее выраженность у больных с диффузным атеросклеротическим поражением. Одномерный корреляционный анализ показателя ЭЗВД в обеих группах и некоторых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний показал, что уменьшение ЭЗВД значимо и обратно пропорционально связано с диабетом, увеличением возраста, индекса массы тела, толщиной комплекса интима-медиа плечевой артерии. ДЭ является ранним событием в развитии атеросклероза. Значение ЭЗВД снижено у лиц с высоким риском развития атеросклероза, хотя эти связи не всегда

сильны. Еще одним маркером эндотелиальной дисфункции, который мы использовали, был уровень гомоцистеина. Гомоцистеин непосредственно повреждает внутреннюю артериальную выстилку, а также угнетает синтез оксида азота (NO) [3]. Принимая во внимание, что превышение концентрации гомоцистеина более 10 мкмоль/л рассматривается, как независимый фактор риска тромбоваскулярной болезни, мы использовали эту величину как пограничное значение. На основании превышения пороговой концентрации гомоцистеина (> 10 ммоль/л), ДЭ была выявлена у 56 пациентов. Средняя концентрация гомоцистеина в 1-й группе (классическая КЭЭ) составила 15,80 \pm 4,26 мкмоль/л. У 16 (42,1 %) из 38 пациентов уровень гомоцистеина превышал величину 15 мкмоль/л. Во 2-й группе (эверсионная КЭЭ) среднее содержание гомоцистеина составило 13,30 \pm 3,27 мкмоль/л. У 9 (26,5 %) из 34 пациентов, концентрация гомоцистеина была выше 15 мкмоль/л. Концентрация гомоцистеина в 1-й группе пациентов была достоверно выше, чем во 2-й ($p < 0,05$). Корреляционный анализ связей между уровнем гомоцистеина в обеих группах и некоторыми факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний показал, что концентрация гомоцистеина прямо пропорционально связана с уровнем общего холестерина и толщиной комплекса интимамедиа.

Таким образом наши исследования выявили, что в послеоперационном периоде у больных, подвергшихся традиционной КЭЭ, отмечено достоверное увеличение концентрации гомоцистеина в отличие от пациентов после эверсионной КЭЭ.

Выводы.

1. У пациентов со стенозирующим атеросклерозом сонных артерий выявляется значительное нарушение функции сосудистого эндотелия, определяемое с помощью функциональных и лабораторных тестов. У 57 (79,2 %) больных со стенозирующим атеросклерозом сонных артерий обнаружено нарушение ЭЗВД. У 68 (94,4 %) пациентов уровень гомоцистеина в плазме превышал 10 ммоль/л.
2. В послеоперационный период отмечается увеличение концентрации гомоцистеина в группе после традиционной КЭЭ ($p < 0,05$) в отличие от группы, где проводилась эверсионная КЭЭ.
3. У больных атеросклеротическим стенозом сонных артерий рекомендуется определение степени ДЭ сосудов, которая может быть использована в качестве критерия, определяющего осложнения, позволяющего оценить результаты хирургического лечения и рекомендовать современные методы профилактики и лечения ДЭ.

Список литературы

1. Белов, Ю.В. Хирургическое лечение пациентов с ишемической болезнью сердца и билатеральным поражением сонных артерий / Ю.В. Белов, Э.Р. Чарчян, А.Б. Степаненко // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. - 2016. - №2. - С. 77-83.
2. Белоярцев, Д.Ф. Каротидная эндартерэктомия и каротидное стентирование: взгляд сосудистого хирурга / Д.Ф. Белоярцев // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2016г. - Том 22, №1. - С. 199-208.
3. Покровский, А.В. Анализ результатов эверсионной каротидной эндартерэктомии в отдалённом периоде / А.В. Покровский, Д.Ф. Белоярцев, О.Л. Талыблы // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2014. - Т.20, №4. - С.100-108.
4. Радайкина, О.Г. Роль эндотелиальной дисфункции в патологии сердечно-сосудистой системы / О.Г. Радайкина, А.П. Власов, Н.А. Мышкина // Ульяновский медико-биологический журнал, Клиническая Медицина. – 2018. - №4. – С.8-15.
5. Хушвактова, З.О. Взаимосвязь между эндотелий зависимой вазодилатацией и выраженностью коронарного атеросклероза / З.О. Хушвактова, Г.А. Кухарчик // Профилактическая и клиническая медицина. – 2017. - №1.(62). –С.36 – 40.

ВЛИЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ МИОМЫ МАТКИ НА КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД

Абдурахманова Ф.М., Кадамалиева М.Д., Ф.Ф. Абдурахманова, Умарова Т.С

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Гормональная терапия (ГТ), эффективность которой доказана в крупных многоцентровых рандомизированных, плацебо-контролируемых исследованиях, широко используется при лечении климактерического синдрома (КС) у женщин. Вместе тем, существуют определенные ограничения для назначения половых гормонов женщинам в постменопаузе с КС и различными гинекологическими заболеваниями. В частности, вопрос — использовать ли ГТ у больных с миомой матки — до настоящего времени остается дискуссионным.

Таким образом, ряд нерешенных вопросов и высокая распространенность миомы матки у женщин в постменопаузе делает актуальной проблему разработки клинко-диагностических критериев, на основании которых будут обоснованы принципы дифференцированного подхода к назначению ГТ, предназначенной для коррекции климактерических расстройств у больных в постменопаузе с миомой матки малых размеров.

Цель исследования. Выявить влияние гормональной терапии при миоме матки на климактерический период.

Материал и методы исследования. Основу работы составили результаты комплексного клинко-лабораторного и инструментального обследования и лечения 21 женщины с КС и миомой матки малых размеров в постменопаузе, возраст которых колебался от 40 до 65 лет (53,8 \pm 5,2 года), а длительность постменопаузы — более 1 года.

Программа обследования пациенток включала общеклиническое и гинекологическое обследование, оценку гормонального статуса: определение содержания ФСГ, ЛГ, Е₂, ПРЛ, ТТГ в периферической крови радиоиммунологическим методом. УЗИ органов малого таза в сочетании с цветовым доплерокартированием и доплеро-

метрий сосудов матки и внутрипухоловых сосудов осуществляли с использованием мультиспирального трансвагинального датчика.

Результаты исследования и их обсуждение. Длительность постменопаузы у обследованных больных в среднем составила $3,3 \pm 1,5$ года. Количество миоматозных узлов колебалось от 1 до 3, объем доминантного узла в среднем составлял $3,7 \pm 2,7$ см³.

Длительность климактерического синдрома в среднем составила $4,8 \pm 3,0$ года, при этом у 2 пациенток отмечено атипичное течение КС в течение 10 лет.

У всех пациенток были жалобы на нейровегетативные нарушения (приливы «жара», ночную потливость, головные боли), психоэмоциональные расстройства (депрессия, раздражительность, изменение ритма сна, плаксивость, слабость, нарушение концентрации внимания), нарушения со стороны урогенитального тракта (диспареуния, атрофические вагиниты) различной степени выраженности, снижение либидо. Наиболее частыми жалобами были приливы «жара», потливость, головные боли, повышенная утомляемость, изменение настроения, снижение работоспособности, ухудшение памяти.

Длительность заболевания, по первому посещению, при котором был установлен диагноз миомы матки малых размеров, была в среднем $10,9 \pm 6,5$ года. На момент обследования перед началом лечения у всех больных (n=21) менструации отсутствовали от 1 года до 5 лет; ни в одном случае не выявлено сопутствующих гинекологических заболеваний, за исключением миомы матки малых размеров.

Анализ результатов лечения проводился на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования. Оценивалось влияние терапии на симптомы КС, гормональный профиль, содержание биохимических показателей в плазме крови, показатели гемостаза и клинического анализа крови, а также характер ответной реакции органов-мишеней, и, в частности, миомы матки — по ультразвуковым биометрическим параметрам и доплерометрическим показателям кровотока в артериях матки и миоматозных узлов.

Уже к концу 6-го месяца терапии значительно снизилась частота и интенсивность приливов «жара», уменьшилась потливость, достигнув 90%, отмечено достоверное улучшение сна у каждой второй пациентки и полное отсутствие нарушений сна у другой половины обследованных ($p < 0,05$). Уменьшились симптомы со стороны центральной нервной системы — слабость, головокружение, снижение эмоционального фона, депрессия, раздражительность; трофические изменения в урогенитальном тракте, наблюдавшиеся до лечения у каждой четвертой пациентки и проявляющиеся диспареунией после 6 мес. лечения, уменьшились наполовину. Через 6 мес. терапии указанная выше положительная динамика сохранялась. Клиническая эффективность лечения климактерических расстройств у женщин с миомой матки малых размеров в постменопаузе составила 83%.

Таким образом, достигнутые результаты лечебного эффекта убедительно свидетельствуют об эффективности эсмии в нормализации общего состояния больных, повышении качества жизни женщин в постменопаузе. Анализ клинических данных на фоне лечения эсмии показал отсутствие и кратковременность выраженных побочных эффектов и хорошую переносимость препарата.

Наряду с вышеуказанными положительными изменениями клинического состояния больных получены объективные данные лабораторных и инструментальных исследований, подтверждающие отсутствие отрицательного влияния ГТ на органы-мишени: ни в одном случае роста узлов миомы не выявлено.

На фоне проводимой терапии имелась тенденция к снижению уровня ФСГ ($64,8 \pm 22,2$ МЕ/л) и достоверное повышение уровня эстрадиола ($78,3 \pm 12,1$ пмоль/л). Содержание всех остальных исследуемых гормонов не выходило за рамки возрастных нормативных значений как до, так и на фоне 1 года лечения. Также произведена оценка содержания яичникового онкомаркера СА-125, уровень которого не превышал нормативного значения (в среднем $7,5 \pm 1,6$ ед/мл). При контроле гормональных показателей и онкомаркера СА-125 через 6 мес. лечения значимых изменений не отмечено ($7,1 \pm 1,2$ ед/мл).

Полученные результаты показателей биохимического и клинического анализов крови, а также показателей гемостаза как до, так и через 6 мес. после лечения свидетельствуют об отсутствии отрицательного влияния на данные показатели.

Контроль за состоянием органов малого таза (в том числе эндометрия, матки и миомы) осуществлялся у всех больных до начала лечения и спустя 6 мес. после его начала. В процессе первичного обследования и динамического наблюдения вычислялись размеры и объем матки, доминантного миоматозного узла, яичников, срединного М-эха.

Динамическое наблюдение за состоянием органов малого таза не выявило различий в размерах матки и яичников, толщины эндометрия по сравнению с исходными данными. Как средний показатель толщины эндометрия, так и индивидуальные значения находились в рамках нормальных показателей и соответствовали периоду постменопаузы. Структурных изменений и изменений в размерах яичников за период наблюдения не отмечено. Объем доминантного миоматозного узла существенно не менялся. Полученные нами результаты согласуются с данными других авторов.

Выводы

1. Результаты комплексного обследования пациенток с миомой матки малых размеров в постменопаузе на фоне ГТ эсмии с использованием УЗИ, цветового доплерографического картирования для оценки состояния матки и миоматозных узлов, маточного и внутрипухолового кровотоков дают основание рассматривать ГТ как высокоэффективное лечебное средство, не оказывающее пролиферативного воздействия на эндометрий и миометрий у больных с миомой матки малых размеров в постменопаузе.
2. Полученные результаты позволили расширить возможность проведения гормональной терапии для коррекции климактерических расстройств у пациенток с миомой матки малых размеров в постменопаузе.

Список литературы

1. Сметник, В.П. Медицина климактерия / Под ред. В.П. Сметник. - Ярославль: ООО Изд-во Литера, 2014. – С.848.
2. Archer, D.F. Endometrial bleeding during hormone therapy: The effect of progestogens / D.F. Archer // Maturitas. – 2015. - N57. – P.71-76.
3. Transvaginal Doppler sonography: is it advantageous in the differentiation of endometrial lesions / E.B. Cardoso [et al.] // Obstet Gynec Infertility. – 2013. – P.65.
4. Pipelle and direct hysteroscopic biopsy in evaluation of the endometrium in postmenopause / I. Cesausu [et al.] // Maturitas. – 2015. - N5(4): Suppl 1. - P.13-16.
5. Van de Weijer, P.H. Benefits and risks of long-term low-dose oral continuous combined hormone therapy / P.H. Van de Weijer, L.A. Mattsson, O. Ylikorkala // Maturitas. – 2014. - N56(3). – P.231-248.

АПЛИКАЦИОННО-СОРБЦИОННЫЙ СПОСОБ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН

Абдурузиков А.А., Зокиров Р.А., Абдурашулов А.А., Джамилев Р.Д.

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Традиционные методы лечения ожоговых ран с применением различных антисептических растворов, водо- и жирорастворимых мазей улучшают процессы очищения ожоговых ран, однако вышеперечисленные препараты не обладают адсорбционными свойствами, и, тем самым, не оказывают влияния на разрушительное воздействие токсинов и продуктов распада поврежденных клеток, которые значительно замедляют репаративные процессы в ожоговой ране.

Данное обстоятельство наряду с использованием традиционных методов лечения комбустиологических ран делает актуальным использование раневых сорбентов в комплексном лечении ожоговой раны для ускорения сроков её заживления [1-6].

Цель исследования. Изучение влияния на сроки заживления ожоговой раны сорбента гентаксана.

Гентаксан, обладая высокими сорбционными свойствами, широко и успешно применяется при лечении инфицированных и гнойных ран в различных сферах хирургии. Его можно использовать в качестве матрицы, иммобилизирующей лекарственные вещества для местного применения. Он обладает высоким сходством к веществам органической природы, но при иммобилизации некоторые вещества на ней проявляют и гидрофильные свойства (способность сорбировать раневое отделяемое), что активизирует местную детоксикацию пораженных тканей.

Материал и методы исследования. Апликационно - сорбционный способ лечения применен у 57 больных (1-ая группа) в возрасте от 16 до 60 лет с ожогами II и IIIа-б степени от 10 до 50% поверхности тела, повязочным методом лечили 20 больных (2-я группа) с ожогами IIIа степени. Все больные получали комплексную терапию, соответствующую тяжести их состояния. Методика применения гентаксана. На ожоговую поверхность после туалета раны наносят слой гентаксана толщиной 0,5-1мм в виде порошка (диаметр частиц 0.1 – 0.25мм). Накладывают асептическую повязку, удерживающую сорбент на ране. Раневое отделяемое, проникая между гранулами сорбента и через его пориспиллярную систему, впитывается покрывающей его повязкой.

Эффективность лечения с помощью гентаксана оценивали по клиническому течению раневого процесса, срокам начала и полной эпителизации ран, их нагноению, очищению от некротических масс, появлению грануляции и участков эпителизации. Наиболее эффективной была обработка ран гентаксаном по прошествии не более суток после ожога с заменой сорбента 1- 2 раза в последующие дни. Под влиянием гентаксана раны покрывались тонкой сухой корочкой, под которой протекала эпителизация без нагноения, значительно уменьшались болевые ощущения. Визуально, начало эпителизации было отмечено на 4-5-е сутки, полное заживление раны - на 12 –17-е сутки .

Результаты исследования и их обсуждение. Интенсивная адсорбция на поверхности раны при применении гентаксана способствовала переходу из дегенеративно - воспалительного типа раневого процесса в воспалительный или воспалительно-регенеративный в течение 1-ой недели после ожога. На 2-ой неделе раневой процесс становился регенеративным. Применение гентаксана способствовало исчезновению болевого синдрома в течение 1-й недели. Воспалительный процесс не распространялся на глубокие слои кожи. На 8-е сутки наблюдали эпителизацию раневой поверхности за счет пролиферации эпителия придатков кожи. Мощный пласт эпителия располагался над соединительной тканью, под слоем свернувшегося фибринового экссудата. В глубоких слоях кожи под раной гнойная инфильтрация отсутствовала.

У больных 2-й группы ткани поверхностных слоев ожоговой раны были некротизированы, демаркационный вал состоял из распавшихся лейкоцитов, инфильтрировавших более глубокие слои кожи.

У больных 1-й группы на 15-е сутки отмечено заживление ожоговой раны, эпителизация на большей части была завершена, а местами эпителий располагался в виде тонкого пласта, имелись незначительно выраженные явления акантоза, обильно васкуляризованный субэпидермальный слой и большое количество фибробластов. У больных 2-й группы наблюдали заживление ожоговой раны с выраженными явлениями акантоза, регенерировавший эпителий отличается от нормального. Эпителизация ран не была завершена.

Наиболее эффективно применение сорбционной детоксикации при лечении ожоговых ран 2-3а степени в первые часы после травмы. При этом, частицы гентаксана образуют с раневым экссудатом защитное покрытие, под которым создаются условия для репаративного процесса.

Выводы. Таким образом, данные клинических исследований свидетельствуют о целесообразности и эффективности применения гентаксана в лечении ожоговых ран. Средняя продолжительность госпитализации больных с нетяжелыми ожогами уменьшилась на 6,8 дней, с ожогами средней степени - на 10,1 дней.

У больных с тяжелыми и крайне тяжелыми ожогами площадь глубоких ожогов уменьшилась на 30-40%, что способствовало их выздоровлению.

Список литературы

1. Методы направленного синтеза полиорганосилоксановых адсорбентов медицинского назначения / И.М. Самодумова [и др.] // 4 респ. Конф. «Сорбенты медицинского назначения и механизмы их лечебного действия» - Донецк, 1988 -С. 28-29.
2. Елизаров, Д.П. Экспериментальное изучение сорбционной активности распространенных адсорбентов / Д.П. Елизаров, А.И. Елкин, В.А. Даванков // Эфферентная терапия. - 200. - 61 с.
3. Косовский, Ю.А. Десмургия, атлас мягких хирургических повязок / Ю.А. Косовский, В.Д. Луценко. - 2009г.
4. Ожоговая травма / С.В. Слесаренко [и др.] - 2002. - 98 с.
5. Ожоги / Б.А. Парамонов. – 2000. - 256 с.
6. Ожоги и отморожения / И.В. Михин, Ю.В. Кухтенко. - 2012. - 132с.

ВЫБОР СПОСОБА ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАХОВОГО КАНАЛА

Абдурозиков А.А., Зокиров Р.А., Абдурашулов А.А., Джамилев Р.Д.
Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. История герниологии насчитывает более 150 лет и за этот период предложено более 350 методов грыжесечения, однако высокая частота послеоперационных рецидивов паховых грыж более 16% делает актуальным поиск новых подходов к решению данной задачи для улучшения результатов хирургического лечения паховых грыж [1-6].

Цель исследования. Выявить объективные и субъективные причины рецидива паховых грыж при различных способах герниопластики для улучшения результатов хирургического лечения паховых грыж.

Материал и методы исследования. На первый взгляд правильный индивидуальный подход при выборе способа пластики пахового канала, который существует и по настоящее время в наших хирургических клиниках и отделениях, согласно которому при косых паховых грыжах различными способами производится пластика передней стенки, а при прямых пластика задней стенки, должен значительно улучшить результаты хирургического лечения паховых грыж. Однако рецидивы после применения различных способов пластики пахового канала, согласно вышеуказанному подходу, по нашим данным, по-прежнему составили 13%. Данное обстоятельство побудило нас исследовать объективные и субъективные причины возникновения рецидивов паховых грыж при применении различных способов пластики пахового канала.

С 2000 по 2016 г. в клинике выполнено 186 операций у больных с паховыми грыжами. Мужчин было 147(79%), женщин - 39(21%). Ущемленные паховые грыжи выявлены у 14(9,5%) мужчин и 8(20,5%) женщин.

По способу Мартынова оперированы 71 мужчина и 39 женщин с вправимыми косыми паховыми грыжами (1-ая группа). Грыжесечение по Бассини выполнено у 76 мужчин с вправимыми прямыми паховыми грыжами (2-ая группа).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты лечения в сроки наблюдения 3 года и более после операции изучены у 50 больных. У 6(12%) больных отмечался рецидив грыжи, в том числе у 5(10%) мужчин и 1(2%) женщины. После операции Мартынова рецидив наблюдался в 2 (33%) случаях, по Бассини – в 4 (67%) В 1-ой группе по поводу рецидивной грыжи оперированы 2 больных, из них у 1 вновь возник рецидив. Во 2-ой группе из 4 больных, оперированных по поводу рецидивной грыжи, повторный рецидив не наблюдался ни в одном случае.

На основании проведенного анализа полагаем, что выделение какой-либо одной ведущей причины рецидива грыжи часто условно. Большое практическое значение имеет выделение объективных и субъективных факторов риска рецидивирования паховых грыж, а среди субъективных - тактических и технических.

Объективными факторами являются «трудные формы» паховых грыж (3- 4 группы), пожилой и старческий возраст больных.

Субъективным тактическим фактором является выбор патогенетически не обоснованного способа грыжесечения. Субъективными техническими факторами считаем нарушение методики выполнения операции, пропущенная сопутствующая грыжа, оставление большой «воронки» при обработке грыжевого мешка, осложнения.

Вероятность рецидивирования грыжи значительно возрастает при сочетании факторов риска, особенно объективных и субъективных. Это обязывает хирурга быть предельно внимательным к больным с объективными факторами риска.

Высокая частота рецидива грыжи диктует необходимость пересмотра основ тактики индивидуализации лечения. Выбор радикального способа операции имеет принципиальное значение.

Учитывая это, считаем обоснованным выбор способа пластики пахового канала - учитывать не вид паховой грыжи, а степень повреждения тканей пахового канала. Кроме этого, считаем целесообразным классификацию не способов выполнения операции, а видов грыж с указанием основных характеристик, которым должен соответствовать патогенетически обоснованный метод грыжесечения. Изучая описание состояния тканей в ходе операции, истории болезни мы пришли к заключению, что независимо от вида паховой грыжи наиболее выраженные изменения происходят в задней стенке пахового канала. Это позволило нам выделить 4 группы паховых грыж.

1. Косая грыжа, которая характеризуется узким грыжевым мешком с узкой шейкой, пропускающей кончик пальца хирурга (диаметр глубокого пахового кольца до 1,5 см). Чаще эти грыжи выявляются у лиц молодого возраста. Структура и нормальное взаиморасположение тканей пахового канала сохранены.

2. Косая паховая грыжа, характеризующаяся большим грыжевым мешком, пропускающим 2 пальца (глубокое паховое кольцо расширено до 3 – 4 см).
3. Косая и прямая грыжи, имеющие грыжевой мешок различных размеров с широкой шейкой (задняя стенка пахового канала полностью разрушена). Такие грыжи часто называют грыжами с выпрямленным паховым каналом.
4. Огромные пахово-мошоночные и многократно рецидивирующие грыжи с выраженным разрушением пахового канала и нарушенными топографо-анатомическими взаимоотношениями его элементов и структур.

Выбор радикального способа грыжесечения должен осуществляться в соответствии с анатомическими особенностями каждой группы во избежание выполнения неоправданно травматичных операций при грыжах 1-ой группы и использования способов передней пластики при лечении грыж 3 и 4 групп.

При лечении грыж 1 группы показана высокая перевязка грыжевого мешка с использованием одного из способов пластики передней стенки пахового канала, которая технически лучше отработана и предпочтительна оператору.

Операции при грыжах 2-ой группы направлены на сужение глубокого пахового кольца. С этой целью применяют подшивание апоневроза поперечной мышцы живота к подвздошно-лобкового тяжу или паховой связке либо одновременно к обоим образованиям - способ однослойной пластики Нестеренко-Салова, Бассини и его модификация по Нигусу, многослойная пластика по Шолдису и Барвилю.

Хирургическое лечение грыж у больных 3 группы основано на укреплении задней стенки пахового канала. С этой целью используют способ однослойной пластики, а также способы Кукуджанова и McVay либо метод Постемского-Крымова.

Вмешательства при грыжах у больных 4 группы направлены на восстановление задней стенки пахового канала. С этой целью используют лакунарную связку (метод Кукуджанова, McVay), Постемского-Крымова, а также пластику с использованием синтетических материалов.

Слабый разволокнувшийся апоневроз наружной косой мышцы живота ушивают в виде дубликатуры независимо от вида пластики.

Нами, используя данный индивидуальный подход, за последние 3 года было оперировано 46 больных, у 2(4,3%) из них наблюдался рецидив.

Оба больных пожилого возраста с пахомошоночными грыжами, повторно оперированы. Произведена пластика по Постемскому-Крымову, на данный момент рецидив грыжи не отмечается.

Выводы. Индивидуальный подход при выборе способа пластики при паховых грыжах в зависимости от анатомической особенности строения пахового канала, значительно улучшает результаты хирургического лечения паховых грыж.

Список литературы

1. Нестеренко, Ю.А. Причины рецидивирования паховых грыж / Ю.А. Нестеренко, Ю.Б. Салов // Хирургия. – 1980. - № 7. - С. 24-29.
2. Сажин, В.П. Сравнительные результаты различных методов лечения паховых грыж / В.П. Сажин, А.Я. Корovin, А.В. Солдатов // Тез. доклад. конф. хирургов (18-19 окт. 1984 г.). – Тула, 1984. - С. 159-160.
3. Салов, Ю.Б. Современные аспекты хирургического лечения паховых грыж: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.Б. Салов. – М., 1981. - 23с.
4. Жебровский, В.В. Атлас операций при грыжах живота / В.В. Жебровский, Ф.Н. Ильченко. - 2004 г. - 313 с.
5. Эффективность герниопластики с использованием полипропиленового сетчатого имплантата в лечении послеоперационных вентральных грыж / В.М. Седов, С.Д. Тарбаев, А.А. Гостевский, А.С. Горелов // Вестник хирургии. - 2005. - №3. - С. 85-88.
6. Жебровский, В.В. Хирургия грыж живота и эвентрация / В.В. Жебровский, Мохамед Тон Эльбашир. - 2002. - 440 с.

ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Азиззода З.А., Курбонов К.М., Пулотов Дж.О.

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Традиционные открытые оперативные вмешательства эхинококкоза печени (ЭП) сопровождаются высокими послеоперационными осложнениями, составляя от 17 до 40%, общая летальность при этом достигает 2,5-7%, а у лиц пожилого и старческого возраста до 25-30% [1,4].

Бурное развитие медицинской технологии и науки способствовало тому, что для лечения ЭП и ее осложнений широко применяют высокие технологии. Внедрение в клиническую практику высоких технологий, позволило существенным образом улучшить качество диагностики и лечения эхинококкоза печени [2,3].

Миниинвазивные методы лечения ЭП и его осложнений, такие как лапароскопическая эхинококкэктомия (ЛЭЭ) и чрескожно-пункционный метод, направленные на уничтожение зародышевых элементов паразитарной кисты путём применения технологии PAIR (пункция – аспирация – инфузия -реаспирация), имеют ряд преимуществ: малая травматичность, меньшее число послеоперационных осложнений, низкая стоимость и кратковременность стационарного лечения [5].

Материал и методы исследования. Располагаем опытом диагностики и миниинвазивного лечения 58 больных ЭП. Женщин было 37 (63,8%), мужчин – 21 (36,2%). Возраст больных варьировал от 18 до 82 лет. Для диагностики ЭП и выбора наиболее патогенетически обоснованного миниинвазивного лечения больным проведено комплексное УЗИ, КТ, МРТ, а также видеолапароскопия.

Результаты исследования и их обсуждение. Комплексное УЗИ являлось стандартным для определения числа, локализации, размеров и жизнеспособности эхинококковых кист печени. Данный метод исследования проведен всем 58 больным с ЭП. УЗИ позволило также определить ход основных сосудов печени и внутрипеченочных желчных протоков. КТ и МРТ применялись у 12 больных в основном с целью дифференциальной диагностики ЭП с другими патологическими образованиями печени и выбора оптимального хирургического доступа и метода операции. Они характеризовались по сравнению с УЗИ панорамными изображениями, более высокой чувствительностью превосходящей УЗИ при любых локализациях эхинококковых кист, дифференциальной и топической диагностикой, позволяющей до 99% определить локализацию, размеры, количество кист, их взаимоотношение с сосудистыми и желчными протоками. Данные УЗИ, КТ и МРТ позволили планировать вид и характер оперативного доступа, а также прогнозировать возможные интраоперационные осложнения.

При выборе способа миниинвазивного вмешательства при ЭП основывались на результатах УЗИ, согласно классификации ВОЗ (2003).

Технологию PAIR в основном применяли при лечении эхинококковых кист CE1 и CE3 типа размерами более 5см. Эти вмешательства также применялись при отказе пациентов от хирургического вмешательства, а также при рецидивном эхинококкозе. Противопоказанием к выполнению пункционных вмешательств считали поверхностно-расположенные кисты печени, при сложности доступа к кисте, а также при кистах CE4 и CE5 типов по ВОЗ.

Оптимальным показанием к выполнению лапароскопической эхинококкэктомии считали сочетание следующих критериев: а) кисты CE, CE1 и CE3 типов по классификации ВОЗ с локализацией во II-VI сегментах печени; б) частичное поверхностное расположение кисты; в) размер кисты не более 10см; г) количество кист не более двух; д) отсутствие в печени кист с затрудненным лапароскопическим доступом (кисты I, VII и VIII сегментов, интрапаренхиматозные кисты любого размера).

Окончательное решение о выполнении лапароскопической эхинококкэктомии принимали на основании результатов УЗИ, КТ и МРТ, при котором оценивали взаимоотношение эхинококковых кист с крупными сосудами и желчными протоками. Размеры эхинококковых кист варьировали от 5см до 10см.

Лапароскопическую эхинококкэктомию из печени считали противопоказанной при: а) беременности и отказе от контрацепции в ближайшие месяцы после вмешательства, ввиду обязательности проведения лечения альбендазолом; б) отсутствие информированного согласия пациента на этот вид вмешательства; в) морбидное ожирение (ИМТ > 40 кг/м²); г) появление выраженных побочных эффектов при дооперационном применении альбендазола, потребовавших отмены препарата. д) кисты, прорывавшиеся в желчные пути, брюшную полость или плевральную полость; е) отсутствие безопасного доступа.

При ЭП выполняли различные миниинвазивные вмешательства (Табл. 1).

Таблица 1. - Виды миниинвазивных вмешательств при ЭП (n = 58)

Характер миниинвазивных вмешательств	Количество	%
Эхоконтролируемые пункционно-дренирующие вмешательства	40	69
Лапароскопическая эхинококкэктомия	12	20,7
Лапароскопическая перцистэктомия	6	10,3
Всего	58	100

Эхоконтролируемые пункционно-дренирующие вмешательства были выполнены в 40 (69%) случаях при CE1-CE3 типами и размерах эхинококковых кист от 5 до 10 см. В большинстве наблюдений эхинококковые кисты локализовались в V, VI, VII сегментах печени и в 31 (53,4%) случае они находились в стадии живого паразита, что верифицировано данными цитологического исследования, в 28 (48,2%) случаях кисты были осложнены нагноением. У 12 больных выявлена интрапаренхиматозная локализация ЭП.

Послеоперационные осложнения в виде нагноения остаточной полости (n = 2) и желчеистечение (n = 1) наблюдали у 3 больных. Во всех случаях консервативные методы были эффективными.

Видеолапароскопические вмешательства были выполнены в 18 (%) случаях. Эти вмешательства выполняли при кистах CE, CE1 и CE3 типов по классификации ВОЗ с локализацией в II – VI сегментах печени: при частично поверхностном расположении кисты, размеров кисты не менее 10см; отсутствии в печени кист с затрудненным лапароскопическим доступом (кисты I, VII и VIII сегментов, интрапаренхиматозные кисты любого размера) и кисты CE2, CE4 и CE5 типов.

В послеоперационном периоде осложнение со стороны троакарных ран наблюдали в 3 случаях, нагноение остаточной полости - в 2 наблюдениях и всего в 5 (%) осложнениях.

Важным компонентом в миниинвазивном лечении ЭП является профилактика рецидивов заболевания. Для ее предотвращения важное значение придавали апаразитарным и антипаразитарным мероприятиям. Так, при выполнении миниинвазивных вмешательств производили максимально полную аспирацию содержимого кисты, далее не вынимая иглу и не меняя ее положения, в кисту вводили гермицид контактного действия 96⁰ этиловый спирт в количестве до 2/3 – 1/2 от аспирированного объема жидкости с экспозицией 10 минут.

Для снижения частоты развития рецидивов заболевания в послеоперационном периоде и в разные сроки до 4-5 лет под мониторингом УЗИ больным назначали химиотерапию альбендазолом.

Выводы. Миниинвазивные методы лечения эхинококкоза печени при соблюдении показаний и строгого применения принципов апаразитарности и антипаразитарности являются альтернативой традиционным оперативным вмешательствам при ЭП.

Список литературы

1. Анваров Х.Э. Особенности диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений / Х.Э. Анваров // Вестник экстренной медицины.- 2017.- X (1). - С. 97-103.
2. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени / Р.М. Ахмедов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2010. - Т.15, №3. - С. 99-104.
3. Ветшев, П.С. Эхинококкоз: основы диагностики и роль миниинвазивных технологий (обзор литературы) / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев, А.С. Фатьянова // Анналы хирургической гепатологии. - 2015.- № 3.-С.47-53.
4. Эндовидеохирургические операции при гидатидозном эхинококкозе печени / В.В. Хацко [и др.] // Украинский журнал хирургии. - 2009. - №5. - С. 158-161.
5. Шевченко, Ю.Л. Хирургия эхинококкоза / Ю.Л. Шевченко, Ф.Г. Назыров. - М.: Издательство «Династия», 2016. – 288 с.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Азизода З.А., Курбонов К.М.

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику современных технологий в диагностике и лечении эхинококкоза печени (ЭП) после первично выполненных оперативных вмешательств частота рецидивного эхинококкоза печени (РЭП) варьирует в пределах 3-30%, приводящих к повторным операциям [3,4].

В настоящее время существует несколько гипотез РЭП. Наибольшего внимания заслуживает способность сколексов мигрировать в перикистозные ткани, способность экзогенного почкования лавроцист, возможность диссеминации зародышевых элементов во время открытой эхинококкэктомии при пункционном лечении эхинококкоза, прорыв кисты в свободную брюшную полость и возможность имплантационного приживления протосколексов [1,2].

Принято различать несколько путей профилактики рецидива эхинококкоза: устранение эндемического очага заболевания, улучшение до – и интраоперационной диагностики, соблюдение принципов апаразитарности и антипаразитарности, выполнение радикальных оперативных вмешательств, профилактика имплантационной и метастатической формы заболевания, проведения химиотерапии [3,5].

Цель исследования. Разработка оптимальных способов профилактики и лечения рецидивных форм ЭП.

Материал и методы исследования. За последние 15 лет в клинике хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино повторно по поводу ЭП и органов брюшной полости оперировано 110 больных. Среди наблюдавшихся больных было 62 (56,3%) женщины и 48 (43,6%) мужчин. Возраст больных составил от 18 до 68 лет. Однократно повторно оперированы 79 (71,8%) больных, многократно – 31 (28,2%). Продолжительность заболевания с момента первой операции и до выявления рецидива заболевания составила $64,7 \pm 3,2$ месяца. Изолированное поражение печени установлено у 73 (66,3%) больных. В 17 (15,4%) наблюдениях было выявлено сочетание рецидивных кист печени и лёгких, в 5 (4,6%) случаях печени и селезёнки, в 4 (3,7%) - выявлены эхинококковые кисты (ЭК) печени и брюшной полости, у 11 (10%) больных отмечено повторное поражение органов брюшной полости без вовлечения в патологический процесс печени. Рецидивные эхинококковые кисты в 83 (75,4%) случаях находились в правой доле печени. Две и более кисты печени расценены как множественные и выявлены у 32 (29,1%) больных.

Для диагностики РЭП больным наряду с клинико-лабораторными методами исследования проводили УЗИ, КТ, а также МРТ и интраоперационное УЗИ (ИОУЗИ).

Результаты исследования и их обсуждение. При детальном и всестороннем анализе повторных операций установлено, что резидуальный эхинококкоз был у 48 (43,6%) больных, имплантационный эхинококкоз – у 43 (39,1%), диссеминированный – у 13 (11,8%), метастатический - у 5 (4,6%) и реинвазивный эхинококкоз – у 1 (0,9%).

По срокам развития ранний рецидив (до 3-х лет) наблюдали у 47 (42,7%) пациентов, поздние рецидивы заболевания (в сроки от 3-х и более лет) - у 63 (57,2%) больных.

Необходимо отметить, что на частоту развития рецидивов заболевания влияли медицинские учреждения и квалификация специалистов, выполнявших первичные оперативные вмешательства по поводу ЭП. Так, у 104 (94,5%) больных, оперированных в других учреждениях Республики Таджикистан, преобладали резидуальные, имплантационные и диссеминированные формы поражения.

Исследование показало, что наиболее вероятными причинами развития РЭП являлись технические и оперативно-тактические погрешности, допущенные при диагностике и первой операции вследствие:

- необоснованного доступа;
- трудностей осмотра эхинококковых кист, расположенных в труднодоступных сегментах и в толще паренхимы печени;
- невыполнение интраоперационного УЗИ (ИОУЗИ);
- множественного и сочетанного поражения с наличием нескольких кист в правой доле печени;
- сложной анатомической локализации кисты, неполноценной ревизии, и, как следствие, неполного удаления элементов кисты;
- невозможность адекватной обработки полости кисты;
- технических трудностей и невозможности выполнения ликвидации остаточной полости.

При УЗИ вероятность «пропустить» некоторые кисты при множественном поражении возрастает и чем больше кист у больного, тем больше риск «пропустить» часть из них. Возникают определенные трудности при интраоперационной диагностике рецидивных кист при визуальном осмотре и пальпации, особенно у пациентов с множественным эхинококкозом, обусловленные деформацией и рубцовыми изменениями поверхности печени. Интраоперационное УЗИ сыграло в этих ситуациях ключевую роль.

Лечение больных с РЭП проводили комплексно, т.е. всегда сочетали хирургическое пособие с обязательной химиотерапией.

Показаниями к выполнению оперативных вмешательств являлись результаты УЗИ, КТ и МРТ. Технологию PAIR в основном применяли при лечении эхинококковых кист CE1 и CE3 типа размерами более 5 см. Эти вмешательства также применялись при отказе пациентов от хирургического вмешательства. Противопоказанием к выполнению пункционных вмешательств считали поверхностно-расположенные кисты печени, при сложности доступа к кисте, а также при кистах CE4 и CE5 типов по ВОЗ.

Оптимальным показанием к выполнению лапароскопической эхинококкэктомии считали сочетание следующих критериев: а) кисты CE, CE1 и CE3 типов по классификации ВОЗ с локализацией во II-VI сегментах печени; б) частичное поверхностное расположение кисты; в) размер кисты не более 10см; г) количество кист не более двух; д) отсутствие в печени кист с затрудненным лапароскопическим доступом (кисты I, VII и VIII сегментов, интрапаренхиматозные кисты любого размера).

Лапароскопическую эхинококкэктомию из печени считали противопоказанной при: а) беременности и отказе от контрацепции в ближайшие месяцы после вмешательства, ввиду обязательности проведения лечения альбендазолом; б) отсутствии информированного согласия пациента на этот вид вмешательства; в) морбидном ожирении (ИМТ > 40 кг/м²; г) появлении выраженных побочных эффектов при дооперационном применении альбендазола, потребовавших отмены препарата; д) кистах, прорвавшихся в желчные пути, брюшную полость или плевральную полость; е) отсутствии безопасного доступа.

Для лечения РЭП в 84 (76,3%) случаях выполняли традиционные открытые оперативные вмешательства, в 26 (23,7%) наблюдениях выполняли миниинвазивные методы хирургического лечения (Табл. 1).

Таблица 1. - Характер оперативных вмешательств при рецидивном эхинококкозе печени (n = 110)

Виды оперативных вмешательств	Кол-во	%
Открытая эхинококкэктомия	49	44,6
Закрытая эхинококкэктомия	10	9,1
Атипичная резекция печени	7	6,3
Правосторонняя гемигепатэктомия	5	4,6
Тотальная перидистэктомия	5	4,6
Субтотальная перидистэктомия	8	7,2
Эхоконтролируемые пункционно-дренирующие вмешательства	16	14,5
Лапароскопическая эхинококкэктомия	10	9,1
Всего	110	100

Для антипаразитарной обработки эхинококковых кист применяли 30% раствор хлорида натрия с экспозицией 10-12 минут, а также 80% глицерин с экспозицией 8-10 минут, спиртовой раствор йода 5% с экспозицией 8-10 минут.

В послеоперационном периоде назначали профилактическую химиотерапию. Дозу лекарственного препарата определяли по стандартной схеме пациентам с массой тела >60кг назначали в суточной дозе 800мг в 2 приёма по 400мг на протяжении всего курса лечения, пациентам с массой тела <60кг в суточной дозе из расчета 15мг/кг двумя равными частями. Химиотерапию проводили в 2-3 курса, продолжительностью 28 дней.

Послеоперационные осложнения отмечали всего у 7 (6,3%) больных, у 3 отмечали желчеистечение из остаточной полости, нагноение послеоперационной раны отмечено у 2 и реактивный плеврит у 2 больных, которых успешно удалось излечить консервативно. Ближайшие и отдаленные результаты изучены у 63 (57,2%) больных. Рецидивы заболевания не были установлены.

Вывод. Адекватный операционный доступ, соблюдение принципов апаризитарности и антипаразитарности во время операции и проведении химиотерапии в послеоперационном периоде снижает риски развития рецидивов эхинококковой болезни. Миниинвазивные методы лечения эхинококкоза печени при соблюдении показаний и строгого применения принципов апаризитарности и антипаразитарности являются альтернативой традиционным оперативным вмешательствам при ЭП.

Список литературы

1. Лечение рецидивного эхинококкоза брюшной полости, забрюшинного пространства и средостения с применением чрескожных миниинвазивных технологий / В.М. Дурлештер [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. 2015. - №3. - С.129-132.
2. Ветшев, П.С. Эхинококкоз: основы диагностики и роль миниинвазивных технологий (обзор литературы) / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев, А.С. Фатьянова // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2015. - № 3. - С.47-53.
3. Возможности хирургического лечения рецидивного эхинококкоза / Г.Х. Мусаев [и др.] // *Хирургия*. - 2015. - № 6. - С.77-80.
4. Шевченко, Ю.Л. Хирургия эхинококкоза / Ю.Л. Шевченко, Ф.Г. Назыров. - М.: Издательство «Династия», 2016. - 288 с.
5. Differential Diagnosis and Management of a Recurrent Hepatic Cyst: A Case Report and Review of Literature / K. Scherer [et al.] // *J Gen Intern Med*. – 2009. - N24. – P.1161–1165.

РАННЕЕ ДИАГНОСТИРОВАНИЕ СЕПСИСА И НОВЫЙ ПОДХОД В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ

Акрамова Ф.К., Кадырова Д.Д.

Государственное Учреждение «Городской медицинский центр №3», Таджикистан

Государственное Учреждение «Республиканский клинический центр травматологии и ортопедии», Таджикистан

Актуальность. Ожоговые больные входят в особую группу, где высокая контаминация и инвазия ожоговых ран приводит к развитию гнойно-воспалительных процессов в ране с высоким риском генерализации инфекции на фоне иммунной недостаточности. Распространение происходит по лимфатической и кровеносной системам, что в свою очередь ухудшает состояние как ожоговых ран, так и организма в целом. Процесс, который начинается как обычная инфекция, потенциально приводит к развитию сепсиса и дисфункции органов.

Нынешние системы для прогнозирования сепсиса, такие как SOFA - (Sepsis Related Organ Failure), SAPS - (Simplified Acute Physiological Score), ISS и т.п., как показывает практика, являются сложными в использовании. Чаще всего наши врачи используют более простые формулы системы прогнозирования, такие как SIRS, в которых учитываются непосредственно несколько критериев и акцентируют внимание на специфичные для больных с ожогами клинико-лабораторные исследования, виды и тяжести повреждения, состояния иммунной, дыхательной и сердечно-сосудистой систем, которые экономят время при постановке диагноза.

Цель исследования. Целью нашего исследования является раннее диагностирование и поиск нового подхода к интенсивной терапии сепсиса у тяжело обожжённых пациентов.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились в отделении реанимации ожоговых больных государственного учреждения «Городской медицинский центр № 3», в период с января по август 2019 г у 77 ожоговых больных с площадью термических повреждений $\geq 35\%$. Из них 46 (59,7%) дети (в возрасте от 6 месяцев до 16 лет) и 31 (40,3%) взрослый (в возрасте от 17 до 58 лет). У 23 (29,8%) больных ожоговая болезнь осложнилась сепсисом и септическим шоком. Для постановления диагноза сепсис и септический шок были проанализированы следующие показатели: среднее артериальное давление (САД), частота сердечных сокращений (ЧСС), частота дыхания (ЧД), сатурация кислорода (SpO_2), центральное венозное давление (ЦВД), температура тела. Из клинико-лабораторных тестов в динамике исследовались гемоглобин, гематокрит, количество эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов, коагулограмма, развёрнутый биохимический анализ крови, КЩС и электролиты.

С целью более точной постановки диагноза и его дифференциации больные с сепсисом (n-23) были разделены на две группы: I группу (n-9) составили пациенты, которым дополнительно был проведён прокальцитонинный тест (определение уровня прокальцитонина в сыворотке крови) на 1-е, 2-е, 3-е, 7-е, 14-е, 21-е и на 30 сутки после получения термического повреждения, концентрация которого показывает выраженность гистологических изменений в повреждённых участках, характеризующих распространённость некротического процесса и глубину проникновения микроорганизмов в ткани; во II группу (n-14) вошли больные, у которых применялись стандартные методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Гемодинамические показатели и данные лабораторных исследований пациентов обеих групп приведены в таблице 1.

Таблица 1

Показатели	Группа I	Группа II
	Min – 35,9 ⁰ C	35,4 ⁰ C
	Max – 39 ⁰ C	40,1 ⁰ C
ЧСС уд/мин	111±21	118±23
ЧД, р/мин	22±4	28±2
SpO_2	96-98	96-98
ЦВД мм вод. ст.	60(20-100)	60 (20-90)
Гематокрит	30%(26-34%)	35% (21-42%)
Гемоглобин	115 (108–137)	124 (84-142)
Кол-во лейкоцитов, кл*10 ⁹ /мл	16,4±9,8	19,6±8,2
Незрелые нейтрофилы, %	9±2,9	15±3,8
Тромбоциты, кл*10 ¹² /мл	113±22	104±27
АЧТВ	26.7 (24.82–30.43)	28.7 (26.60–32.55)
МНО	1.08 (0.96–1.17)	1.06 (0.95–1.16)
Фибриноген	4.8 (4.02–6.86)	5.8 (4.05–6.83)
Белок	50.4 (42.55–55.78)	49.8 (42.60–55.73)
Na ⁺ плазмы, ммоль/л	136±9	149±8
Глюкоза плазмы, ммоль/л	7,9±1,6	9,4±2,5
pH	7.32 (7.29–7.37)	7.32 (7.29–7.37)
Лактат, ммоль/л	2.0 (1.1–3.10)	2.3 (1.4–3.15)
BE, ммоль/л	-2.6 (-4.3–1.03)	-2.7 (-5.3–1.23)
Бикарбонат, ммоль/л	23.2 (21.05–26.30)	22.2 (21.05–26.30)
Альбумин, г/л	28.0 (25.2–32.4)	28.2 (25.4–32.6)
Креатинин, мкмоль/л	83 (69–115)	85.5 (69.2–115.2)

В ходе исследования обнаружилось, что у больных I группы, в отличие от II, сепсис был диагностирован на более раннем этапе (2-3 сутки), благодаря определению уровня прокальцитонина в крови. При поступлении уро-

вень прокальцитонина в крови был в пределах нормы и составлял в среднем 0,28 нг/мл (от 0,14 до 0,37 нг/мл), на вторые сутки уровень прокальцитонина повысился до 0,62 нг/мл (0,52 – 0,79 нг/мл), показатели на 3 сутки достигли почти 2 нг/мл (0,9-1,8 нг/мл). Это говорит о наличии бактериального сепсиса у больных данной группы. Использование данного теста позволило своевременно и правильно диагностировать, а также определить тактику комплексной терапии сепсиса и профилактику различных вторичных инфекций.

Комплексная терапия включала раннее введение антибиотиков, санирование очага инфекции, инфузионную и детоксикационную терапию (диализ, плазмозферез, гемосорбция).

Во второй группе летальность составила 21,4% (3 пациента). В первой группе летальных исходов не было. Благодаря определению уровней ПКТ, в клинической практике можно своевременно выявить подверженность сепсису и начать раннюю антимикробную терапию, улучшая результаты лечения пациентов.

Выводы. Исследование и его анализ показали, что прокальцитониновый тест (ПКТ) можно рассматривать как высокоспецифичный биомаркер сепсиса, который обладает сильной диагностической способностью определять предрасположенность к сепсису на ранних этапах ожоговой болезни. Изменение концентрации ПКТ в динамике при проведении антибактериальной терапии может служить критерием эффективности применения антибиотика, что совпадает с данными литературы. Прокальцитонин может быть признан достоверным параметром мониторинга не только тяжести бактериальной инфекции, но и определения эффективности лечения у больных, находящихся в критическом состоянии в условиях ОРИТ.

Список литературы

1. Гиматдинова, Е.В. Определение прокальцитонина при различных патологических состояниях / Е.В. Гиматдинова, Р.М. Хайруллина, С.Ю. Веселов // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 4. – С. 52-53
2. Олейник, Г.А. Ожоги и отморожения / Г.А. Олейник, Т.Г. Григорьева, Б.С. Федак // Атлас. Под редакцией В.В. Никонова. - 2009. - 143с.
3. Englert, N.C. The Older Adult Experiencing Sepsis / N.C. Englert, C. Ross // Crit Care Nurs Q. – 2015. - N38 (2). – P.175–81.
4. Procalcitonin as a marker for the detection of bacteremia and sepsis in the emergency department / S. Riedel [et al.] // Am J Clin Pathol. – 2011. - N135(2). – P.182–189.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СКРИНИНГА ПРЕДРАКОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШИРОКОУГОЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИИ С ВЫСОКИМ РАЗРЕШЕНИЕМ И NBI-ТЕХНОЛОГИЕЙ

Алексеев А.А.¹, Губарь А.С.², Яковенко В.О.³

Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца¹, г. Киев, Украина

«Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» Государственного управления делами (ГНУ «НПЦ ПКМ» ГУД)^{2,3}, г. Киев, Украина

Научный руководитель – д.м.н., профессор Курик Е.Г.

Актуальность. По данным Национального канцер-реестра, в течение 2017 года в Украине выявлено 8786 первичных больных раком ободочной кишки и 7410 пациентов с раком прямой кишки; из них около 1/3 не прожили и года после установления диагноза (35,0% и 27,5% из числа впервые заболевших в 2017 г. соответственно) [1].

В течение года (2017 г.) в Украине от рака ободочной и прямой кишки умерло 9085 человек.

Доказано, что в большинстве случаев колоректальный рак возникает из аденоматозных полипов и зубчатых неоплазий [2, 3].

Проспективные контролируемые исследования показали снижение риска колоректального рака при выполнении эндоскопической санации органа в случае возникновения или рецидива новообразования минимум на 10-летний срок [4]. Однако такие результаты возможны только при условии высокого качества проведенного исследования. Одним из показателей качества проведения колоноскопии - частота выявления аденом (adenoma detection rate), которая при правильно организованной скрининговой колоноскопии должна составлять: у женщин $\geq 15\%$, у мужчин $\geq 25\%$, в среднем должна быть выше 20% [5]. При осмотре неоплазий в режиме NBI, определяются четкие признаки, позволяющие разделить эпителиальные неоплазии на 3 группы согласно визуальным данным: гиперпластический полип; гиперплазия; аденоматозный полип; аденокарцинома. В зависимости от выраженности капиллярного рисунка можно предполагать наличие дисплазии. Разработанные многофакторные регрессионные модели прогноза наличия аденокарциномы толстой кишки и идентификации возможной структуры на примере гиперпластического и аденоматозного полипов, подтверждают возможность идентифицировать структуру неоплазий на основании данных ямочного и капиллярного рисунка.

Цель исследования. Определить эффективность скрининга предраковых образований толстой кишки с использованием широкоугольной эндоскопии с высоким разрешением и NBI-технологией.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты исследования толстой кишки в 109 пациентов, которым в течение 2014-2019 гг. в ГНУ «НПЦПКМ» ГУД было выполнено 141 широкоугольную колоноскопию с высоким разрешением и NBI-технологией (Видеокколоноскопы «Olympus EVIS EXERA II CV-N180»). В режиме NBI — оценивался рисунок капилляр и кишечных ямок с визуальным заключением о структуре образования. Результаты визуального заключения сравнивали с гистологическим заключением. Подготовка к эндоскопическим исследованиям проводилась по стандартным методикам. По рекомендации Европейской ассоциации гастроинтестинальной эндоскопии для этого используют растворы макроголов (фортранс, Эндофальк) и фосфатов (флит-фосфосода). Лучшей является двухэтапная подготовка в сочетании с предыдущей специальной

(безшлакового) диетой до 3 суток. Для уменьшения пенообразования рекомендуется в последнюю порцию раствора для подготовки кишки добавлять раствор симетикона. Для объективизации оценки качества подготовки кишечника к КС используют специальные шкалы. В частности, Бостонская шкала оценки качества подготовки кишечника к колоноскопии предусматривает 9 балльную оценку, где 9 - это лучший результат, которой состоит из суммы оценок сегментов толстой кишки. По этой шкале выделяют 3 сегмента толстой кишки:

- левые - прямая, сигмовидная и нисходящая кишки;
- ободочная кишка;
- правые отделы - восходящая и слепая кишка).

Каждый сегмент оценивается от 0 до 3 баллов, где:

0 - сегмент не готов (все высшие сегменты получают 0 баллов);

1 - частично доступен осмотру, слизистая оболочка закрыта калом, непрозрачной жидкостью, пеной;

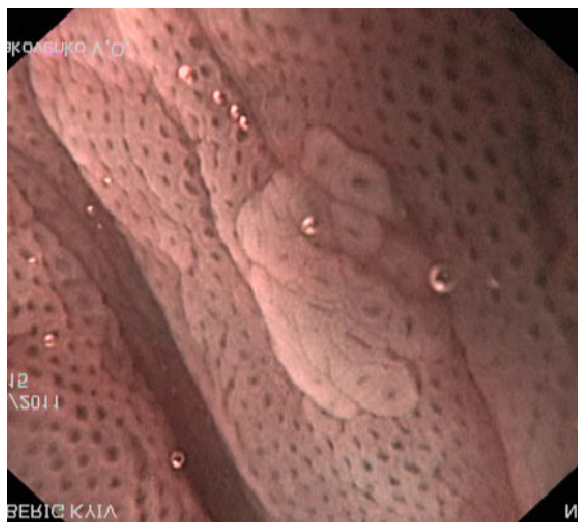
2 - незначительные остатки промывных вод, пены, легко могут быть аспирированы;

3 - сухая, чистая кишка.

Метод подготовки кишечника и качество подготовки к КС указывают в протоколе КС. Лучшие результаты по выявлению аденом кишечника достигаются при качества подготовки выше 6 баллов, особенно в случаях плоских неоплазий II-го типа по Парижской классификации поверхностных неоплазий пищеварительного тракта (0-IIa, 0-IIIS 0-IIb, 0-IIa + IIc 0 -IIc + IIa). При обнаружении образований по возможности выполнялась одновременно холодная щипцовая полипэктомия щипцами «Jumbo forceps Olympus», 6 мм, холодная петлевая полипэктомия или электроэксцизия, с последующим гистологическим исследованием материала.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведено 141 широкоугольных эндоскопий с использованием NBI-технологии (рис.1) у 109 пациентов; из них 38 (34,9%) мужчин и 71 (65,1%) женщина; возраст пациентов 21-84 лет ($59,7 \pm 1,21$ лет).

Рис.1 Поверхностная неоплазия сигмовидной кишки тип 0-IIa, ямочный рисунок тип S.Kudo II, размер новообразования 1 мм. Изображение в режиме высокой четкости изображения, большого оптического увеличения ($\times 115$), цифровой хромокопии. Аппарат Olympus Q-160Z. При гистологическом исследовании обнаружена аденома



Из числа пациентов анамнестически:

- 21 больной (19,3%) ранее в сроки 1-10 лет перенес удаление доброкачественных новообразований толстого кишечника (ТК);
- 7 пациентов (6,4%) за 2-21 год до исследования прооперированы по поводу злокачественных новообразований ТК.

Доброкачественные образования слизистой оболочки толстой кишки обнаружены вовремя 116 исследований (82,3%):

- от 1 до 3 образований – в 61 случае (43,3% всех эндоскопий);
- от 4 до 10 образований - в 42 случаях (29,8% всех эндоскопий);
- более 10 образований – в 13 случаев (9,2% всех эндоскопий).

В общем визуализированы 626 образований слизистой оболочки ТК: из них удалено 374 (59,7%) образований слизистой оболочки толстой кишки; из них гистологически верифицированы 354 (56,5%) образований ТК; из них 77 (12,3%) зубчатых образований выявлено при 42 широкоугольных эндоскопий (29,8%).

В ряде случаев удаление или биопсию образований не запускали: в связи с высоким риском кровотечения для предупреждения развития фиброза тканей в области образования, которым может осложнить дальнейшее эндоскопическое вмешательство.

Таким образом, в нашем исследовании: частота выявления аденом (ADR) составила 82,3%; индекс выявления аденом - 3,05%; частота выявления зубчатых образований - 29,8%.

За время наблюдения 21 пациенту было проведено от 1 до 4 эндоскопических исследований в динамике:

- в общем выполнено 32 эндоскопий в динамике;
- в сроки в среднем через $12,2 \pm 1,36$ мес. после первичного исследования.

В 25 случаях (78,1%) повторных вмешательств обнаружено 90 ранее визуализированных доброкачественных образований ТК (в среднем - $3,6 \pm 0,54$ неоплазий), которые были удалены и гистологически верифицированы.

Выводы.

1. Частота выявления аденом (adenoma detection rate) вовремя NBI-колоноскопии в нашем исследовании составила 82,3%, индекс выявления аденом - 3,05%, частота выявления зубчатых аденом - 29,8%, что свидетельствует о высокой чувствительности эндоскопического метода, исследуемого по выявлению предраковых изменений слизистой оболочки толстой кишки.

2. При выполнении следующих скрининговых исследований, в сроки $12,2 \pm 1,36$ мес. в 78,1% случаев выявлено появление новых неоплазий ТК.

Список литературы

1. Cancer in Ukraine, 2017 – 2018. Incidence, mortality, activities of oncological service / Федоренко З.П., Михайлович Ю.Й., Гулак Л.О., Горох Є.Л., Ришов А.Ю. та ін. ; Под ред. Колеснік О.О. // Бюлетень національного канцер-реєстру України. – Київ, 2019. – № 20. – 82 с.
2. Farrar WD, Sawhney MS, Nelson DB, Lederle FA, Bond JH. Colorectal cancers found after a complete colonoscopy. ClinGastroenterolHepatol. 2016;4:1259–64.
3. Никишаев В.И., Патий А.Р., Тумак И.Н., Коляда И.А. Эндоскопическая диагностика раннего колоректального рака // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2012. – Т. 16, № 1. – С. 35-55.
4. Brenner H, Chang-Claude J, Seiler CM, Rickert A, Hoffmeister M. Protection from colorectal cancer after colonoscopy: a population-based, case-control study. Ann Intern Med. 2011;154:22–30
5. Rembacken B et al. Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Endoscopy 2012; 44: 957-968.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

¹Али-Заде С.Г., ¹Назаров Х.Х., ²Салимов Д.С., ¹Жабинов Ф.И.

¹Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

²Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Панкреонекроз, по-прежнему, остаётся одной из наиболее актуальных проблем в гепатобилиарной хирургии, летальность при котором достигает до 85% случаев. В связи с этим особое значение придаётся поиску путей своевременного выявления сложных форм и методов лечения данной патологии [1, 2, 3]. Неблагоприятный исход при панкреонекрозе обусловлен не только его тяжестью, но и запоздалой или неправильной диагностикой, неадекватной оценкой состояния тяжести пациента и, тем самым, неправильным выбором тактики лечения [2].

На сегодняшний день считается, что при лечении больных с панкреонекрозом должны соблюдаться два основных принципа - ограничение некротического очага поражения и перевод патологического процесса в асептическую форму. Вовремя начатая и полноценная комплексная терапия в некоторых случаях способствует остановке развития патологического процесса и достижению феномена обрыва [2]. При безуспешности тактики лечения панкреонекроз представляет большую проблему, требующей применения оперативного вмешательства. При этом большое значение имеет использование миниинвазивных способов хирургического вмешательства, сводящих к минимуму риск экзогенного инфицирования патологического очага [4]. Применение эндовидеохирургических технологий под контролем визуальных методов диагностики в комплексном лечении больных с панкреонекрозом в сочетании с классическими оперативными методами позволяет снизить частоту летальных исходов до 12,5% [5].

Цель исследования: изучить результаты лечения больных панкреонекрозом при использовании чрескожных миниинвазивных вмешательств, применяемых в комбинированном лечении.

Материалы и методы исследования. Нами были изучены результаты использования чрескожных малоинвазивных вмешательств, применяемых в комплексной терапии у 76 пациентов с панкреонекрозом. Для объективной оценки результатов все пациенты были выделены в 2 группы в зависимости от методов лечения. В первую группу были включены 35 (46,1%) больных, комплексное лечение у которых заключалось в использовании чрескожных малоинвазивных вмешательств, выполняемых под контролем лучевых методов, в сочетании с традиционными операциями. Среди больных первой группы в 13 (37,1%) случаях был выявлен локальный парапанкреатит, а в 22 (62,9%) случаев был отмечен распространенный парапанкреатит.

Вторую группу составил 41 (53,9%) больной, в лечении которых наряду с чрескожными миниинвазивными вмешательствами применялся эндовидеоскопический способ санации очагов поражения. Среди больных второй группы локальный парапанкреатит был диагностирован в 17 (41,5%) случаях, распространенный парапанкреатит был отмечен в 24 (58,5%) случаях. При выполнении традиционных методов хирургического вмешательства применяются классические доступы и разрезы, тогда как при выполнении видеоскопических вмешательств для доступа к очагам некротического поражения используются сами раневые каналы (фистулы), образованные в результате проводимых чрескожных дренирований. Во время очередной перевязки при смене дренажей, сформированные раневые каналы использовались для выполнения интраоперационной эхографии с помощью лапароскопического датчика, а также под видеоскопическим контролем производилась некрсеквестрэктомия с использованием гибкого эндоскопа.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди больных первой группе в 5 случаях применялись «открытые» хирургические вмешательства для проведения полноценной санации очагов поражения. Среди больных второй группы применение «открытого» хирургического вмешательства понадобилось в 1 случае вследствие развившегося аррозивного кровотечения. У 14 (34,1%) больных второй группы с распространенным гнойно-некротическим парапанкреатитом было использовано 24 чрескожные чресфистульные видеоскопические санации с выполнением некрсеквестрэктомии: у 7 больных при этом некрсеквестрэктомия проводилась по одному разу; у 5 больных данные миниинвазивные вмешательства выполнялись повторно; у 2 больных указанные вмешательства выполнялись более двух раз. Число смертельных случаев среди больных первой группы составило 12 (34,3%), а летальный исход среди больных второй группы наблюдался в 5 (12,2%) случаях.

Вывод. Использование миниинвазивных хирургических вмешательств под лучевым контролем у больных с панкреонекрозом можно считать методом радикального лечения и методом выбора при оперативных вмешательствах.

Список литературы

1. Малоинвазивные хирургические вмешательства в лечении больных с острым деструктивным панкреатитом / А.В. Абдульянов, М.А. Бородин, А.М. Имамова, А.В. Захарова // Практическая медицина. - 2013. - №2 (67). - С.97-100.
2. Хирургическая тактика при панкреонекрозе и его осложнениях / Д.М. Красильников [и др.] // Казанский медицинский журнал. - 2016. - №6. - С.898-903.
3. Выбор метода оперативного лечения у больных с инфицированным панкреонекрозом / Е.А. Цеймах [и др.] // Вестник хирургии. - 2018. - №6.- С.20-26.
4. Лечение-тактические и оперативно-хирургические решения при инфицированном панкреонекрозе / В.М. Бенсман [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. - 2014. - №6. - С.7-11.
5. Maheshwari, R. Severe acute pancreatitis and necrotizing pancreatitis / R. Maheshwari, R.M. Subramanian // Crit. Care Clin. - 2016. - Vol. 32, № 2. - P. 279-290.

СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ УРЕТРОПЛАСТИКИ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ГИПОСПАДИИ

¹Аминулло Х., ¹Додулло Ш., ¹Ахмад В.А., ²Холов Ш.И.

¹Отделение пластической и реконструктивной хирургии обучающей клиники- «Майванд», Кабул, Афганистан.

²Кафедра хирургических дисциплин Хатлонского государственного медицинского университета (ХГМУ). Дангара. Таджикистан.

Актуальность. Гипоспадия (hypospadias; греч. hupo- + spadon расщелина, трещина) – врождённый порок развития мочеиспускательного канала, заключающийся в его незаращении на протяжении вентральной (нижней) поверхности полового члена. Гипоспадия является одной из наиболее распространённых врождённых заболеваний мужского полового органа [1]. Частота заболеваемости составляет 2-3 случая на каждые 1000 живорождённых. Причина заболевания была неизвестна в большинстве случаев, но роль наследственности была отмечена у 20–25%. В зависимости от расположения отверстия наружного уретрального канала гипоспадии делятся на дистальный, медиальный и проксимальный типы. Чем наружное эктопическое отверстие уретры ниже, тем ярче выражено искривление корпуса полового члена-хорды, и операция будет более сложной, а послеоперационные осложнения будут больше.

Хирургическое лечение гипоспадии является одной из основных проблем современной урологии и хирургии из-за высокой распространённости осложнений. Согласно наблюдениям, сделанным в отделении пластической и реконструктивной хирургии города Кабула, из 141 пациента было безуспешно прооперировано 7-10 раз как внутри страны, так и за рубежом.

Первое сообщение о выполненной операции при гипоспадии датировано 100-200 г. н.э. и принадлежит перу греческих учёных Антиллису и Гелиодорусу, которые предлагали произвести ампутацию полового члена на уровне дистопированного меатуса[4]. В 1998 г. Дакетт сообщил о более чем 200 (двухстах) методах восстановления гипоспадии, опубликованных за этот период [2]. Сегодня существует более 300 (трёхсот) методов операций и сотня их модификаций. Это говорит о том, что хирурги недовольны результатами этих методов и продолжают работать для достижения наилучших результатов операций [3]. Цель лечения гипоспадии - это реконструкция полового члена по возможности с нормальным меатусом, что в конечном итоге создаёт условия для нормального мочеиспускания и половой близости. Существуют различные методы уретропластики. Однако после операции в некоторых случаях возникают осложнения в виде свища и стеноза наружного отверстия уретры.

Цель исследования. Сравнение результатов различных методов уретропластики при разных формах гипоспадии.

Материал и методы исследования. В отделении Реконструктивной и пластической хирургии Майвандской больницы г. Кабула с 2012 по 2019 г. проводилось ретроспективное исследование у 141 пациента с различными формами гипоспадии, которые были оперированы различными методами. Из общего количества больных первично обращался 131 больной, остальные 10 больных обратились вторично после перенесённой ранее операции. Возраст пациентов варьировал от 3-х до 25 лет. 83 (59%) больных - жители города Кабула и 58 (41%) человек были из других провинций. Из 141 больного, по методу Salinas оперировано 70 (49.7%), Duplay - 49 (34%), Duckett - 13 (9,2%), Snodgrass - 9 (6,3%).

Результаты исследования и их обсуждение. Раны заживали первичным натяжением. Из 141 оперированного больного кожно-уретральные свищи возникли после удаления катетера у 16 пациентов (11,33%). Было также шесть случаев стеноза наружного отверстия уретры, которые обратились через 4–6 месяцев. Наименьшая частота послеоперационных осложнений была отмечена по методу Салинас.

Реконструкция уретры при различных формах гипоспадии является одной из наиболее спорных проблем, с которыми хирурги до сих пор сталкиваются. Наличие более 300 методов восстановления уретры и их модификаций указывает на то, что эта проблема до конца не решена, и работа по поиску наиболее подходящих методов уретропластики при гипоспадии всё ещё продолжается. Результаты разных методов восстановления гипоспадии разные.

В нашем исследовании, которое проводили у 141 больных оперированных в отделении реконструктивно-пластической хирургии, мы сравнили первичные (у 141 больных) и отдалённые послеоперационные результаты (у 72 больных) следующим образом: образование свищей по методу Salinas – 11,5%, по методу Duckett – 12,5%, по методу Duplay – 15,7%, Snodgrass - 20%.

Таким образом, у Salinas оказался самый низкий процент свищей, и у Snodgrass - самый высокий процент. Хотя в литературе отмечено, что у метода Снодграсса послеоперационные осложнения составляют 8,7%, но, по

нашим данным, высокий процент осложнений по методу Снодграсс связан с меньшим количеством случаев и небольшим опытом по этому методу.

Изучив результаты, различных методов уретропластики и сравнив их с мировой литературой, мы пришли к выводу, что метод Salinas хотя и требует значительного опыта, навыков и занимает больше времени, но мы считаем его наиболее подходящим из-за низкого процента осложнений. Второе место занимает Duckett, который тоже требует большого опыта и навыков. Этими методами можно исправить все типы гипоспадий при наличии достаточной кожи препуции.

Выводы. Таким образом, вышеизложенные методы Salinas и Duckett, которые применимы ко всем формам и типам гипоспадии и их осложнений меньше, считаются методами выбора по отношению к другим методам уретропластики.

Мы считаем, что обрезание у детей должно проводиться только опытным хирургом, потому что в большинстве случаев начинающий хирург не диагностирует наличие гипоспадии, при диагностировании гипоспадии пациент должен быть направлен в центр, где успешно выполняются операции по уретропластике для предотвращения повторных операций.

Список литературы

1. Лопаткин, Н.А. Оперативная урология / Н.А. Лопаткин, И.П. Шевцов // Москва. - 1986.
2. Kalfa, N. Hypospadias: interactions between environment and genetics / N. Kalfa, P. Philibert, L.S. Baskin, C. Sultan // *Mol Cell Endocrinol.* - 2011 Mar 30. - 335(2) - 89-95.
3. Sozubir, S. Snodgrass warren a new algorithm for primary hypospadias repair based on TIP Urethroplasty, *Journal of Pediatric Surgery* / – 2003. –38. –1157-1161.
4. Москалева, Н. Лечение гипоспадии у детей / Н. Москалева, Ю. Рудин, С. Яровой // *Врач.* –2013.–№. 1. – С. 8-11.

ИЗМЕНЕНИЯ ОБЪЕМА ЯИЧЕК ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ У ПОДРОСТКОВ

Артыков К.П., Маликов М.Х., Хусейнзода Д.

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Одним из показаний к хирургическому лечению варикоцеле является уменьшение объема яичка на стороне поражения, т.к. после операции и роста подростка тестикулярная асимметрия уменьшается или выравнивается [1,3]. Некоторые исследователи утверждают, что даже при индексе атрофии более 20% подростки нуждаются в наблюдении в течение трех лет. При режиме в последующем было установлено, если индекс атрофии яичка составляет 15%, а максимальная скорость обратного кровотока более 38 см/с, то дальнейшее наблюдение нецелесообразно [2]. Также было установлено, что если после варикоцелэктомии максимальная обратная скорость кровотока составляет более 20 см/с, то вероятность сохранения асимметрии объема яичек и развитие рецидива высокая [1,4]. У 46,5 % подростков при варикоцеле III ст. выявлена асимметрия яичек за счет гипотрофии левого яичка. После варикоцелэктомии у этих детей улучшение развития было в 30,4% случаев, а у 41,3% отмечено прогрессирование патологического процесса [2,4].

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением были 83 подростка в возрасте от 14 до 18 лет с варикоцеле III ст. (классификация ВОЗ). Всем пациентам были выполнены либо формирование межвенозных анастомозов (n=55), либо операция Мармара с использованием микрохирургической техники (n=28) по показаниям.

УЗИ органов мошонки проводилось всем пациентам с помощью аппарата MINDRAY DC-7 C мультисекторным линейным датчиком 10 МГц в реальном режиме времени в отделении ультразвуковой диагностики. Данное исследование в В-режиме позволило провести оценку состояния размеров, контуров яичек, объема тестикул в см³ по формуле: $V = 0,523 \times h \times d^2$, - где, h - длина яичка, d - толщина яичка (размеры в см) до и после операции. Средние показатели объема яичка у мальчиков разных возрастных групп, входящих в исследование (согласно данным литературы), составляют 8,6 см³ (4,3-22,1 см³).

Результаты исследования и их обсуждение. При обследовании наших пациентов полученные результаты полностью соответствовали известным возрастным нормам. В процессе наблюдения за детьми после операции выявлены следующие закономерности. Объем яичка слева до оперативного лечения был меньше чем справа. После хирургической коррекции выявлено увеличение объема яичка как на стороне поражения, так и контралатерального органа. Но даже через 6 месяцев после операции размер левой гонады оставался меньше, чем справа. Полученные данные приведены в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная оценка объема яичка слева и справа в разные сроки наблюдения у всех пациентов

	Объем яичка слева (см ³)			Объем яичка справа (см ³)		
	До	6 мес	12 мес	До	6 мес	12 мес
M±m	9,76±0,58	10,17 ±0,56	10,53±0,546	10,96±0,614	11,47±0,594	11,88±0,587
Медиана	9,01	9,71	9,89	10,63	11,19	11,46
(Q1-Q3)	6,96-11,67	7,21-12,27	7,46-12,59	7,87-13,58	8,51-14,25	8,81-14,88
Достоверность различий	P<0,001			P<0,001		

В целом, в процессе наблюдения за оперированными детьми в течение 6 месяцев отмечена отчетливая тенденция, а к сроку наблюдения (12 месяцев) – статистически достоверное увеличение объема яичка на пораженной стороне, что свидетельствует о нормальном развитии органа после операции.

Мы провели анализ изменения объема яичка в зависимости от полового развития по классификации Tanner. Были включены подростки, соответствующие группе Tanner 4 и Tanner 5. Полученные результаты в группе Tanner 4 приведены в таблице 2.

Таблица 2

Сравнительная оценка объема яичка слева и справа в разные сроки наблюдения у пациентов в стадии полового развития Tanner 4

	Объем яичка слева (см ³)			Объем яичка справа (см ³)		
	До	6 мес	12 мес	До	6 мес	12 мес
М±м	7,04 ±0,59	7,61 ±0,61	8,22 ±0,62	8,31 ±0,62	8,97 ±0,581	9,62 ±0,606
Медиана	6,88	7,1	7,62	8,59	8,87	9,21
(Q1-Q3)	5,66-9,12	5,99 -9,5	6,79-9,89	5,94- 11,17	6,55- 12,09	7,26- 12,34
Достоверность различий	p<0,001			p<0,001		

Аналогичные измерения до и после операции были проведены у подростков, соответствующих группе Tanner 5. Полученные результаты в группе Tanner 5 приведены в таблице 3.

Таблица 3

Сравнительная оценка объема яичка слева и справа в разные сроки наблюдения у пациентов в стадии полового развития Tanner 5

	Объем яичка слева (см ³)			Объем яичка справа (см ³)		
	До	6 мес	12 мес	До	6 мес	12 мес
М±м	11,9±0,6	12,2±0,61	12,4±0,62	13,1±0,63	13,5±0,79	13,8±0,74
Медиана	9,89	10,66	11,09	11,92	12,27	12,95
(Q1-Q3)	9,01-14,41	9,31-14,88	9,66-15,5	10,05-16,09	10,37-16,55 9	10,66 -16,08
Достоверность различий	P<0,001			P<0,001		

У детей как в стадии Tanner 4, так и в стадии Tanner 5 было выявлено достоверное увеличение объема яичка на стороне поражения, так же как и здорового яичка после проведенного хирургического лечения. Стоит отметить, что изначально левое яичко было уменьшено в обеих группах наблюдения, что можно связать с негативным влиянием заболевания на рост органа.

Выводы:

1. Измерение объема яичек до и после операции при варикоцеле у подростков ультразвуковым методом является точным и достоверным.
2. При оценке ультразвукового контроля объема яичка в зависимости от метода оперативного лечения получена однотипная картина увеличения размеров и объема яичка через 6 и 12 месяцев после хирургической коррекции.

Список литературы

1. Осипов, И.Б. Тестикулопатия у подростков с варикоцеле / И.Б. Осипов, Д.А. Лебедев, М.И. Комиссаров // Педиатр. – 2016. – Т.7, №2. – С. 214.
2. Евдокимов, В.В. Варикоцеле у детей и подростков / В.В. Евдокимов, С.С. Захариков, Ю.В. Кострикин. - М. Лечение и профилактика, 2017. - С. 53-56.
3. Testicular asymmetry and adolescent varicoceles managed expectantly / S.A. Poon, C.K. Gjertson, M.A.Mercado et al. // J Urol. - 2010. - Vol.183. - P.731-734.
4. Adolescent varicocele - is the 20/38 harbinger a durable predictor oftesticular asymmetry? / J.P. Van Batavia, G. Badalato, A. Fast, K.I. Glassberg // J Urol. - 2013, May. - Vol.189(5). - P.1897-1901.

ДИАМЕТР ВНУТРЕННЕЙ СЕМЕННОЙ ВЕНЫ У ПОДРОСТКОВ С ВАРИКОЦЕЛЕ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Артыков К.П., Маликов М.Х., Хусейнзода Д.

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Варикоцеле у подростков является часто встречающимся заболеванием и достигает 15% случаев и больше [1]. Золотым стандартом диагностики варикоцеле является ультразвуковое исследование с доплерографией (УЗИ-ДГ). Чувствительность данного метода достигает 97%, а специфичность - 94% [3,4]. Диагностическим критерием для постановки диагноза является диаметр тестикулярной вены, который при патологии будет составлять более 2,45 мм в покое и более 2,95 мм при проведении пробы Вальсальвы [5]. Скорость кровотока по внутренней семенной вене не превышает 10см/с, рефлюкс не определяется [2]. Проведение данного исследования до и после операции является объективным доказательством эффективности выполненных оперативных вмешательств.

Цель исследования. Оценка эффективности выполненных операций при варикоцеле у подростков.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 83 подростка в возрасте от 14 до 18 лет с варикоцеле III ст. (классификация ВОЗ). Всем пациентам выполнены оперативные вмешательства. В зависимости от размеров внутренней семенной вены и состоятельности клапанов притоков подвздошной вены выпол-

нялись либо формирование межвенных анастомозов (55), либо операция Мармара с использованием микрохирургической техники (28).

Ультрасонографические исследования проведены всем пациентам до и после операции в динамике. Оценивались направление кровотока, диаметр внутренней семенной вены. Использовали аппарат MINDRAY DC-7 с мультисекторным линейным датчиком 7 МГц в реальном режиме времени в отделении ультразвуковой диагностики. В норме у здоровых подростков максимальный диаметр не должен превышать 2,45-2,95 мм. Проба Вальсальвы должна быть отрицательной, т.е. изменения при натуживании должны укладываться в пределы возрастной нормы. Сокращение диаметра вен гроздьевидного сплетения после исключения тестикулярной вены из кровотока происходит чаще всего в течение нескольких месяцев, когда формируется преимущественный отток крови от яичка по коллатералям.

Результаты исследования и их обсуждение. В зависимости от выполненных оперативных вмешательств пациенты были подразделены на две группы. В первую группу вошли 28 пациентов, которым была выполнена операция Мармара с использованием микрохирургической техники оперирования. Показаниями к этому виду вмешательства были рассыпной тип внутренней семенной вены и недостаточность состоятельности клапанов внутренней эпигастральной и веной обгибающей подвздошную кость.

Таблица 1

Изменение диаметра вен гроздьевидного сплетения слева у детей с варикоцеле до и после операции Мармара

	Диаметр вен в покое (мм)			Диаметр вен при пробе Вальсальвы (мм)		
	До	6 мес	12 мес	До	6 мес	12 мес
M±m	3,22±0,077	2,72±0,081	2,32±0,118	4,01±0,089	3,49±0,092	2,95±0,136
Медиана	3,1	2,64	2,29	4	3,5	3,07
(Q1-Q3)	3-3,5	2,27-3,1	1,93-2,84	3,5-4,5	2,99-3,94	2,23-3,74
Достоверность различий	P<0,001			P<0,001		

Как видно из таблицы 1, среднее значение и медиана диаметра вен в покое до оперативного лечения превышали норму. Через 6 месяцев наблюдалась тенденция к их сокращению. Через 12 месяцев отмечалось достоверное уменьшение диаметра до уровня нормы. Проба Вальсальвы была положительной до хирургической коррекции, через 6 месяцев после нее уже была отрицательной у всех пациентов.

Изменения диаметра вен гроздьевидного сплетения в обеих оперированных группах были примерно схожими (таблица 2). В обеих группах средние показатели диаметра вен как в покое, так и при пробе Вальсальвы примерно находились на одном уровне, при этом отмечалось достоверное сокращение диаметра, которое было более выраженным через 6 и 12 месяцев после проведенной хирургической коррекции.

Таблица 2

Изменение диаметра вен гроздьевидного сплетения слева у детей с варикоцеле до и после формирования микровенных анастомозов

	Диаметр вен в покое (мм)			Диаметр вен при пробе Вальсальвы (мм)		
	До	6 мес	12 мес	До	6 мес	12 мес
M±m	3,24±0,112	2,76±0,116	2,43±0,174	4,08±0,135	3,57±0,14	2,94±0,221
Медиана	3	2,64	2,32	4	3,62	3,07
(Q1-Q3)	2,8-3,6	2,3-3,26	1,97-3,13	3,5-4,5	3,02-3,94	2,43-3,81
Достоверность различий	P<0,001			P<0,001		

Диаметр вен у подростков с длительностью наблюдения менее 6 и 12 месяцев после оперативного лечения был близок друг к другу, однако имеется достоверное уменьшение через год после операции.

Выводы. Ультрасонографическое исследование до и после операции при варикоцеле является объективным доказательством эффективности выполненных оперативных вмешательств.

Список литературы

1. Евдокимов, В.В. Варикоцеле у детей и подростков / В.В. Евдокимов, С.С. Захариков, Ю.В. Кострикин. - М. Лечение и профилактика, 2017. - С. 53-56
2. Громов, А.И. Лучевая диагностика и терапия в урологии: нац.руководство / А.И. Громов, В.М. Буйлов. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2011г. – 544 с.
3. Артюхин, А.А. Фундаментальные основы сосудистой андрологии / А.А. Артюхин. – М. : Academia, 2008г. – 244 с.
4. Varicocele: Ultrasonographic assessment in daily clinical practice / S. Pauroso [et al.] // J. Ultrasound. - 2011. - Vol.14, №4. - P. 199–204.
5. Color Doppler ultrasound imaging in varicoceles: is the venous diameter sufficient for predicting clinical and subclinical varicocele? / A. Pilatz [et al.] // World J. Urol. - 2011. - Vol.29, №5. - P. 645-650.

НАШ ОПЫТ ЛАВСАНОПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Аскарров А.Т, Раззоков А.А, Хасанов Б.Н., Мухамедова И.Г.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Наши наблюдения в применении лавсановых лент открыло новые возможности в развитии отечественной реконструктивной хирургии связочного аппарата коленного сустава. Упрощение техники операций, способствующее широкому применению среди ортопедов - травматологов и уменьшению травматизации, а также более быстрое восстановление функции сустава, безбоязненное разрешение ранней полноценной нагрузки на сустав привели к тому, что лавсанопластика связочного аппарата коленного сустава вот уже на протяжении долгового времени является у нас в стране ведущим методом лечения его повреждений [1-5].

Цель исследования. Изучить отдаленные результаты пластики передней крестообразной связки коленного сустава лавсановой лентой.

Материалы и методы исследования. В ходе изучения в НМЦРТ данной проблемы отдаленные результаты пластики передней крестообразной связки коленного сустава лавсановой лентой проведенных ранее клинических исследований показали, что лавсановая лента в послеоперационном периоде на протяжении 19 лет не уступает аутотрансплантатам, а по ряду параметров и превосходит их. За рубежом сохраняется широкое применение традиционных способов лечения и методов аутопластики коленного сустава, в то время как эндопротезирование связок коленного сустава встречается реже.

В ортопедическом отделении НМЦ РТ с 2000 по 2019гг. было проведено 102 реконструктивно-восстановительные операции по поводу повреждения связочного аппарата коленного сустава. Возраст больных варьировал от 20 до 40 лет и старше. Мужчин было 80 (78,4%), женщин - 22 (21,5%). Изучение результатов пластики передней крестообразной связки коленного сустава лавсановой лентой проводилось в течение 10 лет. У 72 (70,5%) больных применялись лавсановые ленты для реконструкции крестообразных связок, у 20 (19,6%) больных имелись коллатеральные повреждения связок, у 10 (9,8%) больных отмечались крестообразные и коллатеральные повреждения связок.

При протезировании изолированной передней крестообразной связки использовали методику, при которой после артротомии, сделав канал в наружном мыщелке бедренной кости и медиальном мыщелке большеберцовой кости, лавсановую ленту проводили через широкий канал, а при выходе из канала заклинивали ксеноштифтом, что позволило упростить технику операции, уменьшить длительность и травматичность вмешательства. Применение данного метода способствовало надежной фиксации лавсановой ленты уже в ходе вмешательства, что позволило пересмотреть и тактику послеоперационного лечения, сократить сроки иммобилизации сустава до 1,5-2 недель. Это привело к заметному уменьшению частоты развития послеоперационных контрактур и ускорению реабилитационного периода.

С целью изучения судьбы лавсановых лент при длительном пребывании в суставах проведен клинорентгенологический анализ отдаленных результатов у 72 (70,5%) пациентов со сроками наблюдения от 10 до 19 лет.

У 72 больных (70,5%) выполнена изолированная лавсанопластика, у 30 (29,4%) - комбинированная лавсанопластика передней крестообразной и коллатеральной связок. Средний возраст пациентов к моменту операции составлял 29,7 лет. У 31 пациента сроки, прошедшие с момента лавсанопластики, составляли 19 и более лет, у 23 - от 15 до 19 лет, у 18 - от 10 до 15 лет. Обследование и оценка результатов у всех пациентов проводились врачами отделения. Общая оценка выводилась на основании жалоб, объективных данных по состоянию связочного аппарата сустава и рентгенологических показателей наличия и степени выраженности деформирующего артроза.

Результаты исследований и их обсуждение. Результат считали хорошим, если пациенты не предъявляли жалоб, сустав был объективно полностью устойчивым или с незначительно выраженным симптомом "переднего выдвижного ящика" и объемом движений 120° и более, при рентгенологическом отсутствии или проявлении начальных признаков (I стадия) деформирующего артроза. Функциональные показатели сустава при этом обеспечивали пациентам неограниченные возможности для занятий физкультурой и спортом.

Удовлетворительные результаты были у пациентов, не предъявляющих жалобы в обыденной жизни, но периодически ощущавших дискомфорт, проходящие боли после чрезмерной нагрузки, при изменениях погоды и температурных перепадах. Объективно - сустав проявлял неустойчивость от легкой до умеренной степени при объеме движений в пределах 90-120°. Рентгенологические данные свидетельствовали о I-II ст. деформирующего артроза. В функциональном отношении сустав позволял пациентам работать по прежней специальности и заниматься физкультурой. Пациенты с неудовлетворительными результатами жаловались на боли и рецидив неустойчивости с нарушением функций сустава, нуждались в повторных оперативных вмешательствах или систематическом амбулаторном лечении.

Хорошие результаты получены у 54 (75%), удовлетворительные у 8 (11,1%) и неудовлетворительные у 10 (13,9%) пациентов. Среди 31 пациента со сроком наблюдения 19 лет у 28 получены хорошие результаты. Полное отсутствие жалоб отмечено у 1/3 (35,2%) пациентов. Большинство же в отдельном сроке после операции при подробном расспросе жаловались на периодически возникающее чувство дискомфорта, ноющую боль, легкую отечность сустава в ответ на чрезмерную нагрузку или резкие изменения погоды. Как правило, жалобы появлялись спустя 8-10 лет после операции и, в основном, были связаны с прогрессированием деформирующего артроза, хотя прямая зависимость между степенью болевого синдрома, недостаточностью связочного аппарата и выраженностью дегенеративно-дистрофических изменений по рентгенограммам отсутствовала. Прогрессирование болевого синдрома в отдаленные сроки после операции наблюдалось у 19 (26,8%) пациентов и обычно сопровождалось появлением проходящего синовита и субъективных ощущений неустойчивости сустава, часто вопреки его объектив-

ной стабильности. Лучшие субъективные результаты отмечены у пациентов, получивших спортивные травмы, закончивших после операции свою спортивную карьеру, но продолжавших систематически заниматься физкультурой, следивших за своим весом. Обычно эти пациенты, несмотря на наличие рентгенологических признаков деформирующего артроза и даже определенную остаточную объективную недостаточность связочного аппарата, субъективно чувствовали себя совершенно здоровыми людьми.

Объективно полная стабильность оперированного сустава в отдаленные сроки после операции отмечена только у 25% пациентов, у большинства же (69,4%) сохранялась недостаточность связочного аппарата от легкой до умеренной степени, которая, тем не менее, не ограничивала функции сустава у пациентов в быту и на работе, позволяла им заниматься тяжелым физическим трудом, физкультурой и спортом. Эта остаточная неустойчивость сустава после операций была связана не с техническими ошибками хирурга, а скорее с ограниченными функциональными возможностями традиционных реконструктивных вмешательств при застарелых повреждениях связочного аппарата коленного сустава, отмеченных в последние годы рядом отечественных и зарубежных авторов. Значительная неустойчивость оперированных суставов отмечена у 4 (5,6%) пациентов и была связана с разрывом лавсановой ленты «прорезыванием» кости, обусловленным практически во всех случаях неправильным проведением костных каналов в мышечках костей, потребовавшим повторные операции. Рентгенологически деформирующие изменения со стороны оперированного сустава отсутствовали у 15 (20,8%) пациентов, имевших, как правило, полностью устойчивые суставы или лишь незначительную недостаточность их связочного аппарата.

Выводы. Таким образом, результаты исследования показали, что лавсановая лента, применяемая в качестве реконструктивных крестообразных связок, при правильно выполненной технике операции может сохраняться и функционировать на протяжении многих лет, не оказывая отрицательного влияния на сустав. Отдаленные результаты при этом превосходят таковые после традиционных вмешательств с ауто- и аллопластикой.

Список литературы

1. Мовшович, И.А. Оперативная ортопедия / И.А.Мовшович. - М.: МИА, 2006. – С.233-235.
2. Корнилов, Н.В. Травматология и ортопедия. Руководство для врачей / Н.В. Корнилов, Э.Г. Грязнухин. – СПб.: Гиппократ, 2006. - Т- 4. – С.356-357.
3. Шапошников, Ю.Г. Травматология и ортопедия. Руководство для врачей / Ю.Г. Шапошников. – М.: Медицина, 1997. - Т3. – С. 279-286.
4. Волков, М.В. Ортопедия и травматология детского возраста / М.В. Волков. – М.: Медицина, 1983. - 168 с.
5. Травматология и ортопедия. Руководство для врачей / Г.М. Бурмакова [и др.]. - М.: Медицина, 2001. – Т.2. – С.234-236.

КИФОСКОЛИОЗ У ДЕТЕЙ ПРИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗЕ I ТИПА

Афанасьев А.П., Комолкин И. А., Юнусов И.А., Шаймонов А.Х.

ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет Минздрава РФ.
Россия

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Ортопедические осложнения при нейрофиброматозе 1 типа (НФ-1) по данным разных авторов встречаются в 40-80 %. Типичными ортопедическими проблемами при НФ-1 является деформации позвоночника, деформации длинных трубчатых костей с развитием ложных суставов и другие локальные поражения костей скелета. Для него характерны патологические изменения в костной ткани, в частности позвоночника, встречаемые от 8 до 60%, которые в 20-40% случаев имеют прогрессирующее тяжелое течение. В структуре сколиозов НФ занимает не последнюю роль, составляя от 1 до 8% [1-6].

Целью работы являлось повышение эффективности хирургического лечения тяжелых деформаций позвоночника различной локализации у детей с НФ-1.

Материал и методы исследования. Наш материал основан на анализе результатов обследования и лечения 135 детей в возрасте от 4 до 17 лет. Девочек было 83, мальчиков – 52. Диагноз НФ-1 был установлен по двум и более критериями диагностики этого заболевания (поражение скелета, светло-коричневые пятна, нейрофибромы, первая степень родства, интергенозные пятна, пятна Лиша). У всех детей имела тяжелая деформация позвоночника, в 11 случаях она сочеталась с деформацией и образованием ложного сустава костей голени и предплечья, тяжелой воронкообразной деформацией грудной клетки.

Деформация позвоночника чаще выявлялась в возрасте 4-5 лет, быстро прогрессировала, достигая к 10-12 годам IV степени. Проводимое консервативное лечение у большинства больных оказалось неэффективным.

Величина сколиотической деформации составила от 50° до 175°, при наибольшей частоте от 75° до 90°. Кифотическая деформация в среднем составила 84°. Общими особенностями деформации позвоночника у детей при НФ-1 было быстрое её прогрессирование, разнонаправленность короткой (олигосегментарной) дуги искривления, отсутствие или слабовыраженность компенсаторных дуг. При лучевом исследовании позвоночника отмечалась локальная дистрофия костной ткани, остеопороз, вогнутость стенок тел позвонков (скаллопинг), неравномерность позвоночного канала, расширение межпозвонковых отверстий, наличие кифотического компонента.

Наиболее частой локализацией деформации позвоночника был грудной отдел – у 102 пациентов. Направленность дуги искривления: левосторонняя – 45, правосторонняя – 87, комбинированная - 3. Характерным для этой деформации было короткая (олигосегментарная) кифосколиотическая дуга искривления, при этом кифотический компонент встречался в 78 случаев. Помимо выше перечисленных характеристик, отмечалась дистрофия реберных концов на уровне деформации по типу «сосулек или острых карандашей».

Для 24 пациентов дистрофический процесс имелся в грудопоясничном отделе. Направленность преимущественно была левосторонней (17 наблюдений). Во всех случаях имелась схожесть клинического течения и изменений в позвонках как при поражении позвоночника в грудном отделе. Отмечалась более выраженная торсия позвонков на короткой дуге искривления, дистрофия задних отрезков нижних ребер и более выраженная декомпенсация деформации позвоночника.

Деформация позвоночника при НФ-1 в поясничном отделе наблюдалась в 6 случаях. Типичным для этого варианта являлась крутая короткая дуга искривления, с выраженной альтернирующей ротацией, торсией, вплоть до подвывиха позвонков и выраженным остеопорозом позвонков. Имелся выраженный перекос таза с декомпенсацией искривления позвоночника, появление неврологических нарушений.

Шейный отдел поражался в 3 случаях. Для этой локализации дистрофического процесса характерно исключительно быстрое прогрессирование деформации позвоночника, при этом кифотический компонент деформации доминировал. Рано появлялись неврологические нарушения. При лучевом исследовании - ярко выраженная локальная дистрофия 3-4 позвонков, вплоть до их лизиса и разрушения, развитие гиперкифоза.

Хирургическое лечение проведено 119 пациентам в возрасте от 6 до 17 лет. Средний возраст оперированных больных составил 11,7 лет.

Хирургическое лечение, проведенное пациентам, можно разделить на три группы:

1. Одномоментная коррекция и стабилизация позвоночника инструментарием Харрингтона, а также с галлотракцией по методу Харрингтона-Люка с дорсальным спондилодезом – 47 больных (архивный материал).

2. Комбинированный трехкомпонентный вариант хирургического лечения детей со сколиозом по Ю.И. Позднику (42 пациента), который включал в себя:

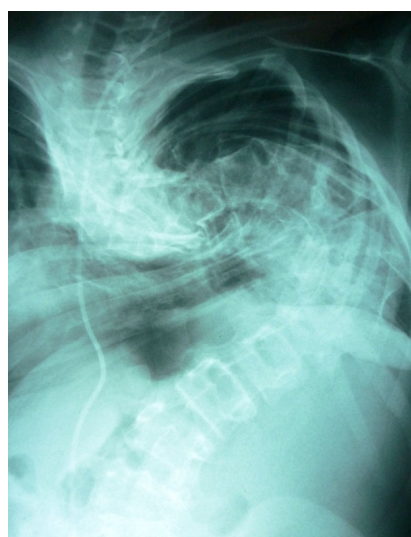
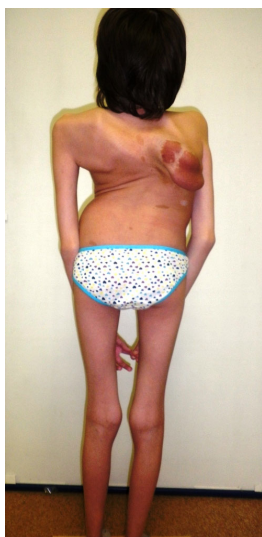
- дискэктомию, вентральный спондилодез;
- кранио-тибиальное скелетное вытяжение в течение 20-40 суток;
- коррекцию и стабилизацию сколиоза многоопорным эндокорректором.

3. Комбинированное вмешательство на вентральных и дорсальных отделах с использованием инструментария CDI (30 пациентов). Величина деформации позвоночника у детей во всех трех группах была примерно одинаковой (88°, 91°, 89° соответственно).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты лечения прослежены в сроки от 1,5 до 20 лет. В первой группе оперативная коррекция деформации позвоночника составила от 15 до 50° (в среднем 32±1,5% от исходной величины). В дальнейшем у большинства пациентов происходила значительная потеря коррекции от 50% и более на фоне различных осложнений (нестабильность металлоконструкции, псевдоартрозы, воспалительные осложнения). Дорсальный спондилодез сформировался только в 16 случаях. Значительно лучшие показатели были получены во второй группе: коррекция деформации позвоночника – 25-84° (в среднем 50,1±1,59%). В дальнейшем у большинства больных (39) сформировался вентральный и дорсальный спондилодез. Потеря полученной коррекции составила от 0 до 80%, в среднем 35-40%. Следует отметить, что потеря коррекции наблюдалась в основном у детей с незавершенным ростом. Характерным было смещение крюков, чаще верхних, прогрессирование дистрофических процессов в позвонках. Наилучшие результаты были получены в третьей группе. Коррекция деформации позвоночника достигала от 30 до 80° (в среднем 52,4±2,2% от исходной величины). Наиболее существенная коррекция была получена у больных с грудопоясничной и поясничной локализацией деформации. Отдаленные результаты лечения показали наличие стабильности полученной коррекции. Потеря коррекции составляла от 5 до 35°. Во всех случаях сформировался вентральный и дорсальный спондилодез. Лучшие показатели имелись у больных с транспедикулярной фиксацией позвоночника. Коррекция кифотического компонента была в пределах 30-80%, в среднем – 45±1,4%.

Фото и спондилограмма Ш., 12 лет до операции.

Фото и спондилограмма Ш., 13 лет после операции.



Заключение. Приведенные данные показывают общность дистрофических процессов в костной ткани и ряд особенностей в зависимости от локализации поражения у пациентов с тяжелыми деформациями позвоночника

при НФ-1. Имеется необходимость дифференцированного подхода к выбору и тактике лечения с учетом локализации деформации позвоночника при НФ-1. Определяющей особенностью в тактике оперативного лечения являлись дистрофические изменения в позвоночнике. Наилучшие результаты лечения получены в третьей группе. Данная методика хирургического лечения тяжелых деформаций позвоночника у детей при НФ-1 (с комбинированным вмешательством на вентральных и дорсальных отделах позвоночника, скелетным вытяжением и использованием транспедикулярной фиксации), позволяет добиться эффективной и безопасной коррекции, снизить до минимума риск неврологических осложнений, получить долгосрочный, стабильный результат.

Список литературы

1. Афанасьев А.П. Хирургическое лечение детей с деформацией позвоночника при нейрофиброматозе: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 156 с.
2. Михайловский М.В., Зайдман А.М., Лебедева М.Н. Хирургическая коррекция деформаций позвоночника при нейрофиброматозе. Опыт применения CDI. //Хирургия позвоночника – 2008. - №3.- С. 8-15.
3. Поздникин Ю.И. Хирургическая коррекция деформаций позвоночника при системных заболеваниях //Вестн. травматол. ортопед. – 1996. - № 4. – С.7-11.
4. Durrani A.A., Crawford A.H., Choudhry S.N. Modulation of spinal deformities in patients with neurofibromatosis type 1 //Spine. – 2000. – Vol. 25, N1. – P. 69-75.
5. Parizini P. and al. Surgical correction of dystrophic spinal curves in neurofibromatosis. A review 56 patients //Spine – 1999. – Vol.24, N21. - P. 2247-2253.
6. Vandembroucke J. and al. Dystrophic kyphoscoliosis in neurofibromatosis type I: a report of two cases and review of the literature //Eur. Spine J. – 1997. – Vol.6, N4. - P. 273-277.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

²Ахмадзода С.М., ¹Сангинов Д.Р., ¹Сафарзода Н.А.

¹Кафедра онкологии и лучевой диагностики ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

²Институт гастроэнтерологии МЗ и СЗН РТ. Таджикистан

Актуальность. К настоящему моменту, даже тогда, когда во всем мире резекция печени при раке остается операцией выбора, рецидив опухоли, бессимптомность течения ближайшего послеоперационного периода, раннее метастазирование и прорастание опухоли в кровеносные сосуды, ворот печени, представляют серьезные трудности для хирурга.

Несмотря на внедрение новых хирургических технологий, после обширных резекций печени по поводу гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК), частота послеоперационных осложнений даже у больных без структурных и функциональных нарушений печени достигает 40-60%, а летальность менее 5% составляет лишь в немногих специализированных клиниках [1-4].

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения первичных и вторичных опухолевых поражений печени (ОПП), путем использования современных методов диагностики и кровосберегающих резекций.

Материал и методы исследования. Анализирован опыт 121 различных по объему резекции печени, выполненных в ургентном и плановом порядке, в гепатохирургических отделениях Института гастроэнтерологии МЗ РТ и ГКБ СМП г. Душанбе, по поводу первичных и вторичных опухолевых поражений печени, за период 1993-2019 гг. Возраст больных варьировал от 19 до 75 лет, средний возраст составил 47 лет. Мужчин было 77 (63,6%), женщин – 44 (36,3%). ГЦК диагностирована в 97 (80,1%) случаях, холангиоцеллюлярная карцинома (опухоль Клацкина) – 12 (9,9%) наблюдений, метастатическое поражение печени у 12 (9,9%) больных. Правосторонняя локализация процесса выявлена нами у 75 (61,9%) больных, левосторонняя – у 30 (24,8%), билобарное поражение – у 16 (13,2%).

Всем больным, по показаниям, проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, с использованием лучевых методов визуализации (УЗИ, ИОУЗИ, КТ, СКТ, МРТ), радионуклидных методов, тонкоигольной биопсии и видеолапароскопии.

Различные по объему резекции печени выполнены 115 (95%) больным, изолированная криодеструкция опухоли - 6 (4,9%). Обширные (более 2-х сегментов) резекции печени (ОРП) выполнены 50 (41,3%) больным, экономные (до 2-х сегментов) - 65 (63,7%). 35 (28,9%) больных были оперированы на фоне заболеваний и осложнений, определявших высокую степень хирургического риска, а именно — на фоне постнекротического или билиарного цирроза печени, механической желтухи, хронической гнойной интоксикации, анемии, массивного внутрибрюшного кровотечения, вызванного спонтанным разрывом опухоли печени.

Объем поражения, а также наличие так называемых сателлитных очагов в окружности первичной опухоли, диктуют необходимость проведения обширных по объему резекций печени.

При решении вопроса о резектабельности определяли распространенность опухолевого процесса, наличие внутри- и внепеченочного метастазирования, а также возможный контакт опухоли с магистральными сосудистыми структурами в гилссоновых и кавальных воротах печени. При решении последней задачи большую практическую помощь оказывали такие методы исследования, как УЗДГ сканирование сосудов брюшной полости, ангиографическое исследование, а также СКТ с трехмерной реконструкцией.

Общее состояние больного, показатели функционального резерва печени и объем остающейся после резекции паренхимы, служили объективным критерием переносимости больным обширного резекционного вмешательства. Функциональный резерв печени, в свою очередь, оценивали на основании показателей коагулограммы, белковосинтетической функции печени и данных экскреторных проб (лидокаиновый тест и проба с индоцианидом).

В наших наблюдениях, ГЦК у 97 (80,1%) больных, явилась основным показанием для выполнения резекции печени. У 71 (73,1%) из них, хронические вирусные гепатиты В и С, а также цирроз печени различной степени тяжести, явились основным причинным фактором развития карциномы печени. При наличии цирроза выполнение резекционных вмешательств было возможным только у больных с компенсированными стадиями (Child-Pough A и Child-Pough B), при относительно высоких дооперационных показателях функционального резерва печени и гипертрофии остающейся после резекции доли.

Анатомические и околоопухолевые резекции печени при ГЦК в объеме более 3-х сегментов, в т.ч. геми- и расширенной гемигепатэктомии были выполнены у 39 (40,2%), до 2-х сегментов- у 52 (53,6%) больных. Ввиду нерезектабельности опухолевого процесса в 6 (6,2%) случаях ограничивались только криодеструкцией ГЦК. В раннем послеоперационном периоде от продолжающейся кровопотери и прогрессирующей печеночной недостаточности умерли 9 (9,2%) больных.

Необходимо отметить, что имевшееся явное расширение показаний к обширным резекциям у этой группы больных, чаще всего объяснялось развитием жизнеопасных осложнений – разрывы опухоли в сочетании с массивной кровопотерей, деструкцией опухоли с угрозой разрыва, при которых только обширная резекция могла быть спасительной.

Распространение опухолевого процесса на обе доли, множественные метастазы в лимфатические узлы, асцит, наличие отдаленных метастазов, билатеральное вовлечение сосудов ворот печени и инвазия в нижнюю полую вену – считали признаками нерезектабельности процесса.

Другим, наиболее частым показанием к выполнению резекции печени, является метастатическое поражение. Хирургическое лечение выполняется, главным образом, при метастазах в печень колоректального рака и эндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта, так как при этом отмечается наиболее благоприятная отдаленная выживаемость. Резекция была показана при множественных метастазах, расположенных в одной доле печени, при гигантских метастазах, а также образованиях, расположенных вблизи магистральных сосудистых структур печени.

В случае множественных метастатических очагов с билобарной локализацией наряду с резекцией одной из долей, выполняли атипичную резекцию противоположной доли, а также циторедуктивные паллиативные вмешательства, дополненные криодеструкцией остаточных очагов.

Необходимым условием для выполнения резекции печени при ее метастатическом поражении считали: возможность симультанного удаления первичной опухоли и ее метастатических очагов. Целесообразно проведение операции в один этап; отсутствие внепеченочного метастазирования; возможность соблюдения принципа радикальности и переносимости резекции самим больным.

Резекция печени при ее метастатическом поражении выполнена нами 12 (9,9%) больным. В 4 (33,3%) наблюдениях была выполнена право- или левосторонняя гемигепатэктомия. В остальных случаях произведены атипичные резекции, в объеме би- и трисегментэктомии; и циторедуктивные вмешательства. В ранние сроки после операции умер 1 больной от острой коронарной недостаточности. В отдаленные сроки после операции живы 4 (33,3%) больных.

Особую группу больных составляли пациенты с раком проксимальных отделов внепеченочных желчных протоков, которым в случае резектабельности, выполняли резекцию пораженных желчных протоков в сочетании с резекцией печени.

Всем 12 больным с опухолями Клацкина, наряду с резекцией первичной опухоли, выполнены сегментэктомии (2) или гемигепатэктомии (4) вовлеченных в процесс участков печени. Операцию завершали наложением высокого билиодигестивного анастомоза. В 7 (58,3%) наблюдениях, больным с выраженными проявлениями холестаза и длительным анамнезом, первым этапом проводилось чрескожная декомпрессия билиарного тракта.

При определении показаний для резекции печени учитывали степень вовлечения в процесс одного из доле-вых печеночных протоков (Ша-Шб по Bithmuth), особенности внутрпеченочного метастазирования, а также наличие одного из характерных осложнений этого типа опухоли – гнойно-абсцедирующего холангита одной из долей печени.

В ранние сроки после операции умерло 2 (16,7%) больных, от несостоятельности гепатикоюностомы, разлитого перитонита и полиорганной недостаточности и острой коронарной недостаточности. В отдаленные сроки после лечения живы 3 больных.

Результаты исследования и их обсуждение. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и хирургическом лечении рака печени, резектабельность при нем, по данным специализированных центров, не превышает 30%. Согласно шкале Барселонской клиники по изучению рака печени (шкала BCLC Group), радикальные резекции печени при раке целесообразны только в стадиях 0 и A, когда имеется солитарная опухоль не более 2 см или при наличии лишь до 3 узлов, составляющих не более 3 см. В этих случаях 5- летняя выживаемость составляет 50-75%.

В настоящее время анатомическая резекция считается стандартом операций на печени, так как является единственно радикальной операцией при злокачественных опухолях, позволяет снизить риск массивной кровопотери, повреждения магистральных сосудистых структур противоположной доли печени, а также избежать секвестрации паренхимы печени.

Вопрос рационального отбора больных для выполнения ОРП является одним из важнейших для успешного исхода операции. При этом помимо оценки резектабельности опухоли считаем необходимым самым тщательным образом определять и переносимость больным оперативного вмешательства.

Мы располагаем опытом применения ОРП при различных первичных и вторичных опухолевых поражениях печени у 121 больного, причем 35 (28,9%) которых были оперированы на фоне заболеваний и осложнений, определявших высокую степень хирургического риска. Из 97 больных с ГЦК, в общей сложности у 39 (40,2%) выполне-

ны обширные анатомические и околоопухолевые резекции, в объеме гемигепатэктомий, а имевшееся явное расширение показаний к обширным резекциям у этой группы больных, чаще всего объяснялось развитием жизнеопасных осложнений – разрывом и деструкцией опухоли в сочетании с массивной кровопотерей или разлитым перитонитом. При циррозе выполнение обширных резекций печени возможно у больных в стадии А по Child и по жизненным показаниям. Наличие хронического вирусного гепатита любой степени активности, не являлось противопоказанием для выполнения резекционных вмешательств.

Другая группа больных – 12 (9,9%), оперирована по поводу метастатического опухолевого поражения печени, преимущественно колоректального рака. Наряду с резекцией одной из долей, выполнялись атипичные сегментэктомии противоположной доли. Именно в этой группе выполнялись циторедуктивные вмешательства, с криодеструкцией резидуальных очагов.

Всем 12 (9,9%) больным с опухолями проксимальных отделов внепеченочных желчных путей, также выполнены радикальные оперативные вмешательства, в виде резекции гепатикохоледоха с гемигепатэктомией (4) и формированием билио-дигестивного анастомоза.

Выводы. Таким образом, выполненная по показаниям резекция печени при первичном и вторичном опухолевом поражении с использованием соответствующих технологий, позволяют продлить и улучшить качество жизни у этого тяжелого контингента больных.

Список литературы

1. Bruix J: evidence-Based Diagnosis, Staging, and Treatment of Patients With Hepatocellular Carcinoma / Reig M, Sherman M// Gastroenterology. – 2016;150 -835 - 53.
2. Bruix J: adjuvant sorafenib for hepatocellular carcinoma after resection or ablation (STORM): a phase 3, randomised, double blind, placebo-controlled trial/ Takayama T, Mazzaferro V, et al.// Lancet Oncol. – 2015 – 16 - (13) - 1344-54.
3. Carrilho FJ: Brazilian HCC Study Group. Clinical and epidemiological aspects of hepatocellular carcinoma in Brazil/ Kikuchi L, Branco F, et al.// Clinics (Sao Paulo). – 2010 – 65 – 1295 - 90.
4. Chedid MF: Transarterial Embolization and Percutaneous Ethanol Injection as an Effective Bridge Therapy before Liver Transplantation for Hepatitis C-Related Hepatocellular Carcinoma/ Scaffaro LA, Chedid AD, et al.// Gastroenterol Res Pract – 2016 – 2016 – 942 - 284.

ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ И ЛЕГОЧНОГО ГАЗООБМЕНА ПРИ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Ахмедов Д.А., Шамсзода Х.А., Давлатзода Б.Х.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Спинальная анестезия (СА) позволяет воздействовать на периферическое афферентное звено рефлекторной дуги, в то время как другие методы действуют на центральные механизмы вскрытия боли, не предупреждая в достаточной степени развитие нейровегетативных, гормональных и иных патофизиологических нарушений, вызванных операционной травмой [1,3,4,5].

Сравнительно эффективным методом обезболивания является СА наркотическими анальгетиками, в частности, фентанилом [2,4,5].

Цель исследования. Изучение гемодинамики и легочного газообмена при спинальной анестезии (СА) у больных для протезирования тазобедренного сустава.

Материал и методы исследования. Проведена сравнительная оценка влияния СА маркаином и фентанилом на функции внешнего дыхания и гемодинамику у 42 больных по поводу операции протезирования тазобедренного сустава.

У больных изучали следующие показатели: общую емкость легких (ОЕЛ), жизненную емкость легких (ЖЕЛ), функциональную остаточную емкость (ФОЕ), минутный объем крови (МОК), частоту сердечных сокращений (ЧСС), частоту дыхания в минуту (ЧД), среднее артериальное давление (АДср), парциальное давление кислорода (РаО₂) и парциальное напряжение углекислого газа (РаСО₂).

Результаты исследования и их обсуждение. Обезболивание СА маркаином и фентанилом показало хороший эффект, проявившийся устранением болевых ощущений, что позволяло успешно осуществлять у больных режим ранней двигательной активности. На этом фоне было отмечено уменьшение тахипноэ и некоторый прирост легочных объемов и емкостей. Ликвидация тахипноэ привела к незначительному приросту РаСО₂ (до 49,0±4,0мм.рт.ст.). Однако, уровень экспираторного закрытия дыхательных путей в структуре ОЕЛ существенно снизился как при обезболивании маркаином, так и фентанилом. В то же время изменения показателей легочной вентиляции и механики дыхания отразились неоднозначно на оксигенации артериальной крови. Если у больных, которым для СА был применен фентанил, РаО₂ возрастало с 86,0 ± 3,0 мм.рт.ст. до 92,0 ± 4,0мм.рт.ст., то при введении маркаина РаО₂ в среднем увеличивалось на 3,0 ± 0,6мм.рт.ст.

Под влиянием СА маркаином МОК уменьшался на 1,2 ± 0,8л/мин, ЧСС уменьшалась в среднем на 4,0 ± 0,5 в 1 мин, АДср – на 15,0 ± 1,0мм.рт.ст.

У больных, которым СА проводили фентанилом, МОК фактически не изменился, ЧСС уменьшилась на 10,0 ± 1,0 в минуту, АДср осталось неизменным.

Таким образом, увеличение РаО₂ при СА фентанилом объяснялось снижением уровня экспираторного закрытия дыхательных путей и уменьшением внутрилегочного шунта венозной крови при неизменном МОК.

На фоне СА маркаином у обследованных было отмечено снижение МОК.

Снижение МОК сочеталось с уменьшением внутрилегочного венозного шунта вследствие снижения уровня экспираторного закрытия дыхательных путей, что способствовало нормализации РаО₂.

Вывод. Таким образом, при применении как фентанила, так и маркаина отмечается выраженный анальгетический эффект, что обуславливает улучшение показателей легочной вентиляции и механики дыхания. Однако, вследствие уменьшения МОК СА местным анестетиком не улучшает оксигенацию артериальной крови.

В то же время снятие болевого синдрома введением в спинное пространство малых доз фентанила вызывает блокаду опиатзависимых рецепторов спинного мозга без признаков симпатического блока и обуславливает улучшение оксигенации артериальной крови в связи со снижением внутрилегочного венозного шунта.

Список литературы

1. Кровообращение и анестезия / под.ред. К.М.Лебединского. – СПб: Человек, 2012
2. Эпштейн, С.Л. Периоперационное анестезиологическое обеспечение больных с морбидным ожирением / С.Л. Эпштейн // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2012. – Т.6, №3. – С.5-27.
3. Алгоритм действия врача при трудной интубации / И.В. Молчанов [и др.] // Клини. Практика. - 2012. – №2. - С. 51-57.
4. Периоперационное ведение больных с сопутствующим ожирением / И.Б. Заболотских [и др.] // Клинические рекомендации ФАР, 2014.
5. Гуриянов, В.А. Предоперационное обследование. операционно – анестезиологический риск / В.А. Гуриянов // Анестезиология: национальное руководство под.ред. А.А.Бунятина, В.М.Мизикова. – Гл 24. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011. – С.448 – 467.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА

Ахмедов Д.А., Шамсзода Х.А., Давлатзода Б.Х., Хомидов М.Г.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Лечение больного с септическим шоком выдвигает перед реаниматологом ряд организационных и медицинских проблем.

Большинство исследователей, занимавшихся данной проблемой, считают, что постановка диагноза «септический шок» всегда ставит перед клиницистом две основные задачи, решение которых во многом определяет успех лечения. [3,5]. Это воздействие на этиологические и экологические факторы септического шока с прекращением влияния инфекта на патологические процессы в септическом очаге, с одной стороны, и обратное развития шока за счет восстановления функциональности жизненно важных органов и коррекции гомеостатических расстройств - с другой [1,2,5].

В большинстве работ, посвященных септическому шоку, подчеркивается, что в широкой клинической практике это патологическое состояние в основном возникает при бактериальных инфекциях. Причем, более $\frac{2}{3}$ выделенных возбудителей представляют грамотрицательные бактерии, и лишь примерно в трети случаев причиной септицемии и септического шока могут оказаться грамположительные микробы [3,4,5].

Для возникновения и даже прогноза септического шока имеет значение не только вирулентность возбудителя, но и интенсивность его поступления в кровоток.

Ответственными за возникновение септического шока могут быть не только бактерии, но также риккетсии и вирусы (в частности *v. Herpes zoster*), грибы и простейшие. Существенное значение для возникновения септицемии в таких случаях имеет длительное введение различных высокоактивных антибиотиков, которые изменяют обычную вегетирующую в организме ассоциацию комменсалов и создают возможность для обсеменения кандидами дыхательные и мочевые пути, желудочно - кишечного тракт, кожу и слизистую рта.

Цель исследования. Оптимизировать принципы инфузионно-трансфузионной терапии у больных септическим шоком.

Материал и методы исследования. Данное исследование основано на изучении 18 больных, находившихся на лечении в реанимационном отделении по поводу различных нагноительных процессов. В 6(33,3%) случаях наблюдался разлитой гнойный перитонит, в 2 (11,22%) - подкожная флегмона области брюшной стенки и грудной клетки, в 4 (22,2%) - хронический остеомиелит бедренной кости с образованием флегмоны, в 6 (37,3%) - флегмона шейной области с медиастинитом.

Всем больным при поступлении проводился общий анализ крови, исследовали среднее артериальное давление (САД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), температуру тела, минутный объем кровообращения (МОК), сердечный индекс (СИ), общий белок, общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС), кислотно-щелочное состояние (рН-крови, SB, BE) и газов крови, электролитов крови ($K_{пл}$, $Na_{пл}$), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ).

Результаты исследования и их обсуждение. При поступлении у всех больных (n-16) наблюдались лихорадка (t° -39 $^{\circ}$ C), тахипноэ, тахикардия. На вторые сутки по мере прогрессирования процесса наблюдались максимальное повышение температуры тела (t° -40-41 $^{\circ}$ C), озноб, изменение психического состояния больного - возбуждение, беспокойство, неадекватность поведения, иногда психоз. При объективном осмотре кожа теплая, сухая, гиперемированная, отмечается тахипноэ, тахикардия, гипотензия, уменьшение диуреза.

При лабораторном обследовании были выявлены признаки инфекционного процесса: лейкоцитоз ($12,0 \pm 2,0 \text{ тыс} \cdot 10^9$) с нарастанием ЛИИ (выше 10), тромбоцитопения ($139,0 \pm 6,0 \text{ тыс} \cdot 10^9$), иногда лейкоцитарная реакция, лейкоцитоз сменялся лейкопенией ($5,2 \pm 1,2 \text{ тыс} \cdot 10^9$), снижение САД ($79,0 \pm 4,0 \text{ мм.рт.ст}$), тахикардия ЧСС ($140,0 \pm 9,0$ в 1 мин), увеличение МОК ($6,3 \pm 1,0 \text{ л/мин}$), СИ ($61,0 \pm 2,3 \text{ л/мин}$), уменьшение общего белка ($5,6 \pm 0,9 \text{ г/л}$), в начальной стадии повышение ОПСС ($1611,0 \pm 81,0 \text{ дин.сек}^{-3}$), в терминальной стадии снижение ОПСС ($880,0 \pm 16,0 \text{ дин. сек}^{-5}$), метаболический ацидоз (рН-7,31 \pm 0,06; SB-19,0 \pm 2,0 ммоль/л; BE-(-10,0 \pm 3,0) ммоль/л), гипо-

ксемия (PO_2 – $81,0 \pm 3,0$ мм.рт.ст. и гиперкапния – PCO_2 – $49,0 \pm 3,0$ мм.рт.ст), гипокалиемия плазмы ($K_{пл}$ – $3,3 \pm 0,1$ ммоль/л); $Na_{пл}$ – $131,0 \pm 4,0$ ммоль/л).

Острая дыхательная недостаточность (ОДН) происходит при септическом шоке в связи с нарушением транспорта кислорода и продукции углекислоты. У 5 больных септическим шоком наблюдалась ОДН (тахипноэ более 38 в минуту, тахикардия до 140 в мин, гипертермия до $40^\circ C$ и гипотензия), которые нуждались в ИВЛ. Несмотря на выраженную тахикардию у этих больных наблюдалось снижение МОК на 31%, PO_2 ($76,0 \pm 4,0$ мм.рт.ст), повышение PCO_2 ($53,0 \pm 5,0$ мм.рт.ст). Повышение МОК ($6,3 \pm 1,0$ л/мин) связано с тахикардией ($140,0 \pm 9,0$ в 1 мин). Это свидетельствует о том, что при септическом шоке из-за нарушения транспорта кислорода и элиминации углекислоты возникает альвеолярный отек легких, острое легочное сердце, микротромбоэмболия мелких легочных артерий.

Кроме того, у больных с септическим шоком отмечаются анемия, метаболический ацидоз, нарушение водно-электролитного обмена и гомеостаза. Изменение центральной гемодинамики является одним из важнейших моментов патогенеза и прогноза септического шока.

При этом наблюдается высокое общее периферическое сопротивление, снижение минутного объема кровообращения, холодная влажная кожа и акроцианоз. На основании приведенных данных можно предположить, что септический шок вызывает полиорганную недостаточность (поражение ЦНС, дыхания, печени и почки).

Лечение больных септическим шоком перед каждым клиницистом ставит две основные задачи, решение которых во многом определяет успех лечения. Это воздействие на этиологические и экологические факторы септического шока с прекращением прорыва инфекта, а также правильного подбора антибиотика и проведения инфузионно-трансфузионной терапии.

Удачный выбор антибиотиков (бактерицидных и бактериостатических) после определения чувствительности является важным фактором лечения больных септическим шоком. Кроме назначения антибактериальной терапии, больные септическим шоком должны получать адекватную инфузионно-трансфузионную терапию (протеолитические ферменты, контримин, контрикал, трасилол в больших дозах, раствор Рингера, реамберин, гекотон, плазму, эритроцитарную массу, гепарин для предотвращения агрегации тромбоцитов). Проведение всех этих мероприятий без хорошего дренирования инфекционного очага не дает желаемого результата.

При повторной лапаротомии, ревизии инфекционного очага и его дренирования необходимо использовать общую анестезию с ИВЛ.

Желательно при проведении общей анестезии использовать вводный наркоз седуксен + кетамин.

Поддержание анестезии достигается введением оксibuтирата натрия 100 мг/кг, фентанила и седуксена (диазепам). После окончания операции оправдан продленный ИВЛ до окончательной элиминации и метаболизации компонентов анестезии и стабилизации жизненно важных функций организма.

Выводы. Таким образом, септический шок рассматривается, прежде всего, как нарастающая интоксикация организма, возникающая при совокупности реакций макроорганизма на действие продуктов жизнедеятельности микроорганизмов и активных эндогенных веществ, которые освобождаются из клеток и тканей макроорганизма под действием микробных токсинов. Для этого необходимо провести раннее дренирование всех очагов и полостей, предотвращая прорывы инфекта, а также рациональный подбор антибиотиков по чувствительности и адекватную инфузионно-трансфузионную терапию.

Список литературы

1. Назаров, И.П. Пролонгированная ганглиоплегия в анестезиологии и хирургии / И.П. Назаров. - Красноярск, 2009. - 414с.
2. Смоляр, А.Н. Забрюшинное кровоизлияние при переломах костей таза / А.Н. Смоляр // Хирургия. -2009. - №8. - С.48-51.
3. Дронова, В.Л. Симультаные операции при сочетанных хирургических и гинекологических заболеваниях / В.Л. Дронова // Украинский журнал хирургии. - 2013. - №2(21). - С.143-151
4. Лапароскопия в лечении разлитого перитонита / А.Б. Кутовой // Клин. анатомия оперативной хирургии. - 2012. - Т.11.№2. - С.99-101.
5. Использование лапароскопической аппендэктомии при лечении острого деструктивного аппендицита, осложненного перитонитом, периаппендикулярным инфильтратом или абсцессом / А.П. Уханов // эндоскопическая хирургия. - 2011. - №2. - С. 10-12.

ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗ-И НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ ЧРЕСКОЖНОЙ ФИКСАЦИИ

Ахмедов К.Р., Самиев Б.Ш., Нуров С.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, ГУ ОК «Истиклол». Таджикистан

Актуальность. Детский травматизм является одной из главных проблем современной травматологии. Повреждения дистального отдела плечевой кости у детей встречаются наиболее часто. Среди повреждений верхней конечности они занимают ведущее место. У детей с повреждениями дистального отдела плечевой кости чрезмышцелковые переломы наблюдались в 70,2% случаев, эпифизарные и эпиметафизарные переломы – у 8,0%, и отрывные переломы надмышцелков – у 20,8%. Длительное время врачи применяли методы консервативного лечения, которыми являются закрытая ручная репозиция отломков и наложение скелетного вытяжения, при неэффективности последних производилась открытая репозиция переломов.

Перечисленные методы лечения не удовлетворяют практических врачей из-за частых вторичных смещений и формирования стойкой контрактуры. Метод скелетного вытяжения является простым и доступным, однако имеет

свои недостатки. Это выражается в том, что необходимо в течение длительного времени приковывать детей к постели. Капризность детского возраста и подвижность детей может быть причиной подвижности спицы и инфицирования тканей вокруг нее. Послеоперационные рубцы также способствуют формированию стойких контрактур.

При выборе метода лечения чрезмышцелковых и надмышцелковых переломов необходимо с самого начала ставить показания к одному определённом методу первичной репозиции у данного больного, стремясь не допустить перехода от одного вида лечения к другому у одного и того же ребенка.

Цель исследования. Проанализировать результаты лечения чрез- и надмышцелковых переломов у детей методом закрытой репозиции с чрескожной фиксацией отломков и улучшить метод лечения.

Материалы и методы исследования. За период 2017-2019 годов в нашем отделении предлагаемым методом лечились 80 детей различных возрастов до 18 лет, из которых 56 составили мальчики и 24 девочки. Закрытых переломов было 90,1%, открытых – 9,9%. Чрезмышцелковые переломы отмечены у 72 (90%) детей, надмышцелковые переломы – у 8 (10%).

Результаты исследования и их обсуждение. Метод одномоментной закрытой репозиции и чрескожной фиксации отломков с применением аппарата ЭОП применялся у всех больных после диагностики и получения результатов анализов (n=80). Устранение смещений костных отломков и направление спиц контролировалось визуально с помощью аппарата ЭОП (электронно-оптический преобразователь). После достижения репозиции отломки Х-образно фиксировались двумя спицами Киршнера. Концы спиц сгибались и оставлялись подкожно. Иммобилизация производилась гипсовой лангетой. Больные выписывались на следующий день после операции. Длительность иммобилизации 3-4 недели. Применялась ранняя разработка движений в суставе. Спицы удалялись через минимальные разрезы на 6-7-ой неделе после операции. Отсутствие послеоперационной раны и исключение частых рентгенологических исследований делают этот метод наиболее приемлемым при лечении надмышцелковых и чрезмышцелковых переломов плеча.

Вывод. Таким образом, при своевременном и идеальном сопоставлении отломков при надмышцелковых и чрезмышцелковых переломах дистального конца плечевой кости с чрескожной фиксацией отломков под контролем ЭОП можно максимально снизить удельный вес осложнений в виде посттравматической контрактуры, анкилоза и неправильных сращений переломов. Этот метод даёт отличное сопоставление костных фрагментов и сокращает сроки лечения и реабилитации.

Список литературы

1. Шищук, В.Д. Чрезмышцелковые и надмышцелковые переломы плечевой кости у детей / В.Д. Шищук. - М.: Медицина, 2011. – С.32-35.
2. Мусаев, Т.С. Результаты хирургического лечения чрезмышцелковых и надмышцелковых переломов плечевой кости у детей / Т.С. Мусаев. - СПб.: Спец.Лит., 2019. - 113с.
3. Пукалова, И.М. Тактика лечения надмышцелковых и чрезмышцелковых переломов у детей / И.М. Пукалова. - СПб.: Спец.Лит., 2012. - 89с
4. Климавицкий, В.Г. Результаты функционального лечения разгибательных чрезмышцелковых переломов у детей / В.Г. Климавицкий. - СПб.: Спец.Лит., 2011. - 135с.
5. Прошенко, Я.И. Тактика лечения переломов дистального отдела плечевой кости / Я.И. Прошенко. - СПб.: Спец.Лит., 2012. - 176с.

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ахмедов М.А., Мирзахмедов М.М., Арипова Н.У., Исроилов Б.Н., Иватов М.

Ташкентская медицинская академия. Узбекистан

Анализ научной литературы последнего десятилетия свидетельствует, что встречаемость дивертикулёза ободочной кишки среди взрослого населения экономически развитых стран колеблется от 35% до 50% [1,3,5]. Несмотря на столь широкое распространение этого заболевания, отдельные вопросы, связанные с его диагностикой и лечением, остаются нерешёнными или спорными до сегодняшнего дня. По данным научной литературы последних лет, диагностические ошибки при осложнённых формах дивертикулярной болезни регистрируются в 60%-90% наблюдений [5]. При первой госпитализации с острым воспалительным осложнением дивертикулярной болезни консервативное лечение эффективно в 64%-86% случаев. При этом возникновение повторных атак воспалительного процесса после курса консервативной терапии отмечается у 16%-87% пациентов. В экстренном или срочном хирургическом лечении нуждаются от 15% до 30% среди больных, госпитализируемых в стационар по поводу острых воспалительных осложнений дивертикулярной болезни ободочной кишки. Однако летальность после хирургического лечения острых осложнений ДБ остаётся высокой и составляет от 7% до 25% [2], иногда достигая 40%-45%. Экстренные операции по поводу острых воспалительных осложнений ДБ в подавляющем большинстве случаев завершаются формированием колостомы. Реконструктивно - восстановительные операции среди экстренно оперированных пациентов не удаётся выполнить в 30% - 70% наблюдений [2], а частота возникновения рецидивов воспалительного процесса в оставшихся отделах ободочной кишки, после проведенного оперативного лечения, достигает от 7% до 12,4% [5]. До настоящего времени, в отечественной научной литературе нет подробного анализа, посвящённого этим проблемам.

Распространённость дивертикулярной болезни толстой кишки достигает до 30% от всей популяции [1,3,4]. Она зависит от возраста исследуемых и варьирует менее 2% - у лиц моложе 30 лет, до 20-30% - у больных старше 50 лет, и даже 50-60% - у людей старше 80 лет [3,4]. Дивертикулярная болезнь является одним из наиболее распространённых заболеваний настоящего времени и пятым из наиболее важных заболеваний желудочно-кишечного

тракта в отношении прямой и не прямой финансовой нагрузки на здравоохранение. Выявляется у 1/3 лиц старше 60 лет и у 2/3- старше 80 лет. Действительную частоту дивертикулёза толстой кишки трудно определить в основном из-за отсутствия явной симптоматики у большинства пациентов. На сегодняшний день установлено, что его частота увеличивается с возрастом, но имеющиеся эпидемиологические данные носят противоречивый характер. В течение последних 30 лет наблюдается неуклонный рост заболеваемости дивертикулярной болезнью лиц моложе 40 лет. По разным источникам, эта цифра составляет около 5-10%, что подтверждает социальную значимость данной болезни и необходимость ее изучения. В настоящее время общепринятые официальные рекомендации по диагностике, лечению и профилактике не разработаны: остается открытым вопрос о роли "островоспалительных" маркеров в анализе крови в диагностике дивертикулярной болезни. Кроме того, в течение последнего времени многие симптомы дивертикулярной болезни получили возможность объяснения с позиции СИБР, но по этому вопросу опубликованы лишь единичные работы, и многие аспекты требуют более углубленного изучения.

Цель исследования: улучшить результатов хирургического лечения дивертикулёза толстой кишки и его осложнений путем разработанной методов диагностики.

Материал и методы исследования. Материал исследования составили 176 больных, находившиеся на стационарном лечении в Республиканском научном центре колопроктологии с 2004 по 2019 годы. Из них 63(36%) больных госпитализированы в плановом порядке, а 113(64%) - по экстренным показаниям. Больные были в возрасте от 32 до 91 лет. Средний возраст больных составил 58,6±1,95 лет. Из 176 больных 108(61,4%) составили женщины и 68(38,6%) - мужчины. Обращает внимание преобладание количества женщин после 40 лет.

С целью оценки состояния больных, выбора лечебной тактики, объема оперативного лечения всем больным было проведено комплексное клинико- инструментальное обследование по стандартной схеме.

Наши исследования подтвердили эти данные, так, наиболее часто дивертикулы были выявлены в левой половине толстой кишки – у 138(78,4%) больных, чаще всего в сигмовидной кишке – у 102(74%) и в нисходящей кишке - у 36(26%) больных. Поражение поперечно - ободочной кишки наблюдали у 6(3,5%) больных. Правая половина толстой кишки реже поражается дивертикулёзом: локализация их в слепой и восходящей кишке выявлена у 9(51%) больных. Тотальное поражение толстой кишки было у 23(13%) больных.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования показали зависимость клинической симптоматики болезни от вида её осложнений. У больных с неосложненным ДзТК отсутствовала специфическая симптоматика, но имелись преобладающие симптомы.

Таблица 1

Клинические симптомы неосложненного дивертикулёза толстой кишки (n=62)

№	Клинические симптомы	Частота	%
1	Спонтанные боли в животе	56	90
2	Боли при пальпации живота	57	92
3	Метеоризм	51	82
4	Примесь слизи в кале	51	82
5	Запоры	38	62
6	Примесь крови в кале	11	18

При таких осложнениях, как кровотечение, острый дивертикулит, перидивертикулярный инфильтрат, кишечная непроходимость, наружные и внутренние свищи, малигнизация и др., было характерно наличие обязательной соответствующей симптоматики, такой, как кишечное кровотечение, боли в животе, болезненный инфильтрат, симптомы кишечной непроходимости, выделение кишечного содержимого из свища и др.

Диагностика дивертикулярной болезни базируется, наряду с клиническими симптомами, на данных эндоскопических, рентгенологических, УЗИ исследований и компьютерной томографии. Однако каждый из методов имеет свои показания и ограничения.

Метод колоноскопии позволяет не только диагностировать дивертикул, но и, в ряде случаев, принять необходимые лечебные меры. Но при множественных дивертикулах, даже у опытных эндоскопистов, могут возникнуть технические трудности, что повышает риск инструментальной перфорации стенки кишечника (6).

Рентгенологическое исследование толстой кишки с бариевой клизмой, а именно одномоментное двойное контрастирование остается одним из ведущих в диагностике дивертикулов ободочной кишки и ее осложнений. По данным D.G.Rocky и др. (2004), чувствительность метода в выявлении дивертикулов диаметром 1 см и более достигает 100%, но он противопоказан при ожидаемых осложнениях из-за опасности перфорации. Поэтому будущее за неинвазивными методами: УЗИ, компьютерной томографией, МРТ - колоноскопией. Однако точность этих исследований, техника выполнения, диагностические критерии, показания к применению дискутируются.

На выбор методов лечения и результаты его влияет наличие сопутствующих заболеваний.

Клиническое значение сопутствующих заболеваний заключается в их влиянии на развитие ряда кишечных симптомов, они усложняют клиническую картину дивертикулёза, что в свою очередь требует проведения дополнительных диагностических исследований, создаются трудности в лечении, связанные с коррекцией изменений, вызванных ими.

В большинстве случаев при неосложненном дивертикулёзе проводится консервативное лечение, включающее проведение лечебно-профилактических мероприятий для нормализации моторно-эвакуаторной активности кишечника и снятия болевого синдрома.

Анализ литературных данных свидетельствует о том, что в вопросах выбора тактики лечения существуют различия, а иногда даже прямо противоположные суждения [1,2,3,5]. Это больше всего касается лечения больных с неосложненным дивертикулёзом ободочной кишки. Многие исследователи выступают за проведение предварительного консервативного лечения, даже при возникновении определенных осложнений дивертикулёза [2]. Неко-

торые авторы при осложненном дивертикулезе предлагают только оперативное лечение, хотя большинство хирургов операции предпринимали только при безуспешности консервативной терапии [1,2,3,5].

По нашему мнению, хирургическая тактика должна определяться:

1. Характером и тяжестью осложнения – чем тяжелее осложнение, тем меньше должен быть объем и больше этапность выполнения оперативного вмешательства;
2. Общим состоянием и возрастом больных – в состоянии декомпенсации при тяжелых сопутствующих заболеваниях операции проводятся по абсолютным показаниям;
3. Степенью распространенности дивертикулеза – определяет объем оперативного вмешательства.

Имеются абсолютные и относительные показания к хирургическому лечению дивертикулярной болезни.

I. Абсолютные показания к оперативному вмешательству:

- 1) Свободная перфорация и перитонит;
- 2) Выраженный стеноз и непроходимость кишечника;
- 3) Непрекращающееся кровотечение;
- 4) Неэффективность консервативной терапии;
- 5) Подозрение на малигнизацию дивертикула.

II. Относительные показания:

- 1) Рецидивирующий дивертикулит;
- 2) Рецидив кровотечения;
- 3) Наружные и внутренние свищи;
- 4) Сохранение симптоматики, несмотря на проводимую консервативную терапию.

В наших наблюдениях, из 176 больных 98(55,7%) проводилось консервативное лечение. Основной причиной отказа нами от оперативного лечения послужило то, что риск операции превышал риск заболевания из-за старческого возраста больных и наличия тяжелых сопутствующих соматических заболеваний. Другая значительная часть больных отказались от предложенного оперативного лечения в пользу консервативного в связи с эффективностью последнего.

Хирургическое лечение выполнено у 78 (44,3%) больных дивертикулезом толстой кишки.

Таблица 2

Клинические формы дивертикулеза, при которых выполнено хирургическое лечение (n=78)

№	Клинические формы	Количество	%
1	Дивертикулез с клиническими проявлениями	14	18,0
2	Острый дивертикулит	21	27,0
3	Кровотечение	26	33,3
4	Перидивертикулярный инфильтрат	4	5,1
5	Кишечная непроходимость	4	5,1
6	Наружные кишечные свищи	5	6,4
7	Малигнизация дивертикула	4	5,1
	Всего	78	100

Из них дивертикулез с клиническими проявлениями был у 14(18%) больных, дивертикулез, осложненный острым дивертикулитом – у 21(27%), кровотечением – у 26(33,3%), перидивертикулярным инфильтратом - у 4(5,1%), кишечной непроходимостью – у 4(5,1%), наружными кишечными свищами – у 5(6,4%) и малигнизацией дивертикула – у 4(5,1%) больных.

Больным после проведенной предоперационной подготовки выполнены следующие виды оперативных вмешательств.

Таблица 3

Характер оперативных вмешательств при дивертикулезе толстой кишки и его осложнениях (n=78)

Виды операции	Кол-во	%
Левосторонняя гемиколэктомия с формированием транзверзоректального анастомоза	23	29,5
Тотальная колэктомия с формированием илеоректального анастомоза при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов (ЦСА)	21	27,0
Тотальная колэктомия с формированием одностольной илеостомии	2	2,6
Резекция сигмовидной кишки с формированием десцендоректального анастомоза	11	14,1
Резекция сигмовидной кишки с формированием одностольной десцендостомы	12	15,3
Правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотранзверзоанастомоза	9	11,5
Всего	78	100

Как видно из таблицы 3, 23(29,5%) больным выполнена левосторонняя гемиколэктомия с формированием транзверзоректального анастомоза. Из них у 14 больных имелось левостороннее поражение дивертикулезом без осложнений, но консервативное лечение не было эффективным. У 4 больных была диагностирована малигнизация дивертикула, у 2- острый дивертикулит с выраженным перифокальным воспалением и у 3- кровотечение из дивертикула. У этих больных кровотечение консервативными методами остановить не удалось. Тотальная колэктомия с формированием илеоректального анастомоза выполнена 21 больному. 2 больным из-за тяжести состояния, обусловленной тяжелой анемией и сопутствующей патологией (гипертоническая болезнь, ИБС: стенокардия и др.), произведена тотальная колэктомия с формированием одностольной илеостомы.

Резекция сигмовидной кишки с формированием десцендоректального анастомоза выполнена 11 больным. У 5 больных из этой группы был диагностирован наружный свищ толстой кишки после перфорации дивертикула, и у 6 – острый дивертикулит с нераспространенным перифокальным инфильтратом.

Резекция сигмовидной кишки с формированием десцендостомы выполнена 12 больным. Из них у 4 наблюдалась непроходимость кишечника, у 8 больных выявлен дивертикулит с выраженным перифокальным инфильтратом.

Правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза выполнена 9 больным. У этих больных имелись множественные дивертикулы с рецидивирующим кровотечением.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 8(10,2%) больных.

Таблица 4

Характер послеоперационных осложнений

№	Виды осложнения	Кол-во	%
1	Нагноение послеоперационной раны	4	5,1
2	Несостоятельность межкишечного анастомоза	3	3,8
3	Кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки	1	1,3
4	Острый инфаркт миокарда	1	1,3
5	Обострение хронического калькулезного холецистита	1	1,3
	Всего	10	12,8

Как видно из таблицы №7, послеоперационные осложнения наблюдались у 10(12,8%) больных. Нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 4(5,1%) больных. Несостоятельность межкишечного анастомоза наблюдалась у 3(3,8%) больных. Всем больным произведена релапаротомия, разобщение анастомоза, формирование одностольной колостомы. Из них один больной умер от продолжающего перитонита и сердечно-сосудистой недостаточности. У одного больного на третий день после операции наблюдалось желудочное кровотечение. При эзофагогастродуоденоскопии обнаружена хроническая язва двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением. После проведенных консервативных мероприятий кровотечение было остановлено. У одного больного послеоперационном периоде развился острый инфаркт миокарда, состояние улучшилось после проведенного лечения. Еще у одного больного после операции наступило обострение хронического калькулезного холецистита.

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать следующие

Выводы:

1. Дивертикулез толстой кишки является распространенным заболеванием, встречающемся преимущественно у лиц пожилого и старческого возраста, у которых в 20-27% случаев развиваются опасные осложнения, при которых показано оперативное лечение.
2. Несмотря на отсутствие специфических клинических симптомов, диагностика неосложненной дивертикулярной болезни не представляет трудности. Основными методами исследования являются эндоскопическое, рентгенологическое, ультразвуковое и компьютерная томография.
3. Дивертикулез толстой кишки по нашим данным протекал в неосложненной форме у 35,3%, в осложненной – у 64,7% больных. Показаниями к хирургическому лечению являются все виды осложнений (дивертикулит осложненным абсцессом, перфорация, кровотечение, кишечная непроходимость, наружные и внутренние свищи, малигнизация).
4. При осложненных формах дивертикулеза объем экстренного оперативного вмешательства определяется индивидуально. При плановых операциях необходимо стремиться к удалению всех отделов толстой кишки, пораженных дивертикулезом, вплоть до тотальной колэктомии с формированием первичного межкишечного анастомоза.
5. В ряде случаев при таких осложнениях, как перфорация дивертикула с развитием разлитого перитонита, по нашему мнению, необходимо проведение этапных операций, в частности, на первом этапе после удаления пораженной кишки ограничиться формированием концевой илео- или колостомии.

Список литературы

1. Борисов А.Е., Малкова С.К. Кровотечение из дивертикулов ободочной кишки. Вестник хирургии 2001. том 160., №3 С.96-98.
2. Воробьев Г.И., Панцырев Ю.М., Жученко А.П. и др. Острый дивертикулит сигмовидной кишки: клиника, диагностика и лечение. Российский журнал Гастроэнтерологии, Гепатологии, Колопроктологии 2007., Т. XVII №4. С.44-48.
3. Левченко С.В. Дивертикулез ободочной кишки и его осложнения у лиц старших возрастных групп. Клиническая Геронтология 2006., №9., С.34.
4. Левченко С.В. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки: современные состояние проблемы. Клиническая Геронтология 2008., №1 С.35-37.
5. Проф.Саламов К.Н., акад. Воробьев Г.И., Ачкасов С.И. и др. Определение границ резекции ободочной кишки при дивертикулезе. Хирургия 2001. №1. С.80-85.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ПОВЫШЕННЫМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

Ашуров А.С., Кобилов К.К., Муродов И.Х., Джаборов А.И.
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Среди всех больных с острым холециститом пациенты повышенного риска составляют, по данным разных авторов, от 26,4 до 66% [1,3]. Как правило, это больные пожилого и старческого возраста, которые в соответствии с классификацией физического состояния, принятой Американским обществом анестезиологов (ASA), относятся к IV и V классам. Летальность при выполнении экстренных и срочных оперативных вмешательств в этой группе больных по поводу острого холецистита достигает, по данным некоторых авторов, 45,1% [2,3,5]. В настоящее время одним из способов избежать крайне рискованное оперативное вмешательство, выполняемое под общей анестезией, а также, по возможности, быстро купировать воспалительный процесс, является применение чрескожно-чреспечёночной пункции желчного пузыря под ультразвуковым контролем с целью декомпрессии и санации желчного пузыря [2,5].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения ОКХ у больных с повышенным операционным риском.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 68 пациентов, которые поступили в хирургическое отделение МСЧ ГУП ТАЛКО с 2008 по 2017 г. в экстренном порядке с диагнозом «острый калькулёзный холецистит». Все больные, включённые в исследование, по шкале ASA, оценивающей их физическое состояние, относились к III, IV и V классу. При этом к III классу по ASA относились 36 пациентов, к IV классу – 24, а к V классу – 8. Мужчин было 22 (32,35%), женщин – 46 (67,64%), средний возраст больных составил 76,3±6,3 года. Длительность острого периода заболевания варьировала от 73 до 120 часов. Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией у больных были ИБС, гипертоническая болезнь III стадии, стенокардия II–III ФК, постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия, бронхиальная астма, перенесённые ранее острые нарушения мозгового кровообращения и сахарный диабет. Для оценки тяжести состояния, прогноза и риска оперативного вмешательства нами использовались шкала SAPS II и шкала POSSUM. Всем больным применяли стандартный алгоритм обследования, включающий клинико-лабораторные исследования и УЗИ брюшной полости, которые выполнялись в течение первых 2–3 суток. Всем 68 пациентам после постановки диагноза проводили консервативное лечение. Из них 36 пациентам выполнено хирургическое лечение, которое было начато с санационно-декомпрессионных пункций желчного пузыря под контролем УЗИ.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех больных при объективном осмотре определялись признаки острого холецистита, при этом симптомы разлитого перитонита не отмечались, что давало нам возможность воздержаться от экстренной операции и начать консервативную терапию. Клинический диагноз у большинства пациентов подтверждался лабораторными показателями. Результаты интегральных показателей тяжести состояния, прогноза и риска оперативного вмешательства приведены в таблице 1.

Таблица 1

Интегральные показатели тяжести состояния больных с острым холециститом по шкале SAPS-II и POSSUM (M±m)

Шкала SAPS II		Шкала POSSUM	
Сумма баллов	Летальность	Послеоперационная летальность %	Послеоперационные осложнения %
27,3±5,3	9,8±4,9	8,2±2,9	49,2±5,9

Ожидаемая летальность составила 9,8±4,9%, а послеоперационные осложнения могли развиваться в 49,2±5,9%.

Наряду с оценкой клинической картины и лабораторных показателей, особое внимание в диагностике и постановке показаний к хирургическому лечению острого холецистита мы уделяем динамическому ультразвуковому исследованию, при котором получили следующие данные (таб.2).

Таблица 2

Результаты динамического УЗИ желчного пузыря

Показатели	При поступлении (68 больных)	Первые сутки после поступления	
		1-я группа, n=32	2-я группа, n=36
Объем, мл	94,6±7,4	68,7±8,1	116,6±8,1
Поперечный размер, см	5,2±0,4	4,4±0,6	5,9±0,6
Толщина стенки, мм	6,8±0,8	4,5±0,5	8,0±0,5
Слонотость стенок, %	84,7	31	85

Как видно из таблицы 2, при контрольном УЗИ, которое было выполнено в течение последующих 2 суток после поступления, среди больных выделены две группы. В 1-й группе (32 пациента) отмечался регресс воспалительных изменений желчного пузыря, во 2-й группе (36 пациентов) не только не было улучшения, а даже иногда ухудшалась ультрасонографическая картина, что выражалось в среднем увеличении объема желчного пузыря до 116,6±8,1мл и его поперечного размера до 5,9±0,6см. В лечении 32 пациентов, у которых при проведении консер-

вативной терапии отмечалось улучшение состояния больных, нормализация клинико-биохимических показателей и положительная динамика при ультразвуковом исследовании желчного пузыря, мы ограничивались консервативной терапией.

Ухудшение ультразвукографической картины, нарастание деструктивных изменений в стенке желчного пузыря мы отмечали у 36 пациентов. У них, помимо консервативной терапии, применялась микрохолецистостомия (МХС) под контролем УЗИ. Изменение параметров ЛИИ и ПТ указывало на наличие выраженной эндотоксемии у больных МХС. У 28 больных МХС оказалось эффективным. На третьи сутки у этих пациентов (n=28) после МХС отмечалось снижение уровня указанных показателей в 2-3 раза (до МХС:ЛИИ - $6,2 \pm 0,8$; ПТ- $15,2 \pm 1,8$; после ЛИИ- $2,8 \pm 1,4$; ПТ- $24,3 \pm 2,3$). Воспалительные явления были полностью купированы, и больные выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

У 8 пациентов произведена операция, показания к операции были связаны с отсутствием положительной динамики при контрольном УЗИ и нарастанием параметром интоксикации после МХС. Из 36 больных, у которых консервативное лечение оказалось неэффективным, летальный исход отмечался в 2 (5%) случаях.

Вывод. Таким образом, интегральные шкалы SAPS- II и POSSUM позволяют обоснованно выделить группы больных с высоким операционным риском и помогают в определении тактики и выбора метода лечения острого холецистита. Высокий риск послеоперационной летальности и большая вероятность развития послеоперационных осложнений заставляют на начальном этапе воздержаться от радикальных оперативных вмешательств при отсутствии перитонеальных симптомов.

Список литературы

1. Иванов, В.А. Роль и место лапароскопической холецистэктомии в лечении острого деструктивного холецистита у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска. / В.А. Иванов // Материалы 3 Международного конгресса по эндохирургии. – Москва, 1999. – С. 119-120.
2. Мирошников, Б.И. Чрескожная пункция желчного пузыря и микрохолецистостомия под контролем эхографии при остром холецистите / Б.И. Мирошников, И.А. Балабушкин, В.В. Светловидов // Вестник хирургии. - 1993. - № 3-4. - С. 18–21.
3. Назаров, Ф.Н. Особенности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Ф.Н. Назаров, Ш.И. Ходиев // Эндоскопическая хирургия. - 2012. - №2. – С.23.
4. Adedeji, O.A. Murphy's sign, acute cholecystitis and elderly people / O.A. Adedeji, W.A. McAdam // J. Royal College of Surgeons of Edinburgh. -1996. - Vol.41, №2. - P. 88–89.
5. Borzellino, G. Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis 1 A metaanalysis of results / G. Borzellino, S. Sauerland, A.M. Minicozzi // Surg.1. Endosc. – 2008. - N22(1). – P.8-15.

ИЗМЕНЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО БРЮШНОГО ТИФА

Ашурова Н.М., Додхоева М.Ф.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. В последние 2 десятилетия на территории стран СНГ, в частности Таджикистана, Российской Федерации, Киргизстана вспышки брюшного тифа (БТ) регистрировались неоднократно. В ряде случаев вспышки брюшного тифа носили сезонный характер, что было связано с воздействием водного фактора возбудителя инфекции. Вместе с тем, М.С. Сангов и соавт., (2012) по опыту эпидемии брюшного тифа как типично водной инфекции в Республике Таджикистан, отметили, что возникновение и распространение инфекции было вызвано появлением большого количества беженцев, ухудшением социально-экономических условий жизни людей, не отвечающим современным требованиям водоснабжением. Н.С. Одинаева и Г.М. Усманова (2014) сообщают о 27% пациентах, заразившихся контактно-бытовым и 5% - пищевым путём передачи инфекции [1,3,4].

Salmonella Typhi обладает уникальной способностью проходить через иммунологические барьеры, включая лимфатические узлы, при этом не стимулируя быстрый клинический ответ. *Salmonella Typhi* приводит к развитию септического состояния с развитием колонизации органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а также органов, входящих в систему ретикуло-эндотелиальной системы: печень, селезенка, лимфатические узлы, костный мозг [2,4].

Guan - Cheng Huang et.al., (2005) привели весьма интересные клинические наблюдения, в которых были продемонстрированы необычные проявления, в том числе острая почечная недостаточность, острый гепатит, острый панкреатит, ДВС синдром, кровотечения из нижнего отдела ЖКТ, что опять таки, демонстрирует множественное поражение различных органов. Необходимо отметить, что при БТ кроме изменений различных показателей крови, биохимических изменений печени отмечаются и изменения содержания микроэлементов, а также различные патологические изменения иммунного и гормонального статуса [5, 6].

Цель исследования. Изучение изменения индекса массы тела у женщин, перенесших брюшной тиф.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели проспективному исследованию были подвергнуты 137 женщин. Из них 115 – составили основную группу. Критерием отбора были женщины активного репродуктивного возраста – 20 – 34 года, перенесшие брюшной тиф, давность болезни составила от 2 до 5 лет. Из указанного числа 22 женщины составили группу сравнения, критерием отбора которых были активный репродуктивный возраст и отсутствие в анамнезе брюшного тифа. Всем женщинам проводилось общие клинико-лабораторные исследования, измерение антропометрических показателей (рост, вес).

Подсчёт индекса массы тела (ИМТ) был проведен соответственно нормативам, предложенным Национальным университетом здоровья США, подтвержденным ВОЗ. Антропометрические измерения демонстрировали изменение индекса массы тела у обследованных женщин.

Результаты исследования и их обсуждение. Как было указано выше, в исследование были включены 137 женщин активного репродуктивного возраста, в том числе в возрасте 20-24 года оказались 39 (33,9%), 25-30 лет – 35 (30,5%) и 30-34 года – 41 (35,6%). В группе сравнения соответственно 13,6%, 40,9% и 45,5%. Городских жительниц среди исследованных основной группы было 46 (40,0%), в группе сравнения 16 (72,3%), сельских жительниц – 69 (60,0%) и 6 (27,7%) соответственно. Как в основной группе, так и в группе сравнения, преобладающее большинство женщин оказались домохозяйками – 82,6% и 68,2% соответственно. Следующими по частоте были учащиеся, которые составили 11,3% и 18,2% соответственно. Характерным являлось то, что пациентки поступали в клинику после 2-3-х недель от момента заболевания. На день поступления у 98 (85%) пациенток температура была выше 39 градусов, которая сохранялась на протяжении многих дней и на 10 день у 18 (15%) пациенток.

Измерение массы обследованных женщин показало идеальную массу тела у половины пациенток, переболевших БТ, в группе сравнения этот показатель составил 59,1%. Дефицит массы тела (ДМТ) был установлен в 6,1% и 4,5% соответственно. Заслуживает внимания тот факт, что у 17,3% основной группы было отмечено ожирение различной степени, избыточная масса тела – у каждой 4-й. Приведенный факт указывает на достаточно выраженное нарушение обменных процессов у пациенток, перенесших брюшной тиф, несмотря на то, что ИМТ женщин обеих групп отличается незначительно – 25,1±0,51 и 23,35±0,73 соответственно.

Интересным фактом явилось увеличение ИМТ у женщин, перенесших БТ, в то время как ДМТ в основной и группе сравнения оказался примерно одинаковым. Частота избыточной массы тела в основной группе оказалась на 10,3% меньше, чем в группе сравнения. Однако ИМТ 30 кг/м² и более был диагностирован в 15,6% (табл.1).

Таблица 1. - Индекс массы тела обследованных женщин в сравниваемых группах

ИМТ	Основная группа n=115		Группа сравнения n=22		P
	Число	%	Число	%	
Норма ИМТ (18,5-24,9)	58	50,4	13	59,1	>0,05
Дефицит массы тела (ниже 18,5)	7	6,1	1	4,5	>0,05
Избыточная масса тела (25-29,9)	30	26,1	8	36,4	>0,05
Ожирение I степени (30-34,9)	16	13,9			
Ожирение II степени (35-39,9)	2	1,7			
Ожирение III степени (40 и более)	2	1,7			
M±m	25,1±0,51		23,35±0,73		
Min-Max	16,3-48,19		17,85-27,93		

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной группой и группой сравнения (по критерию Фишера).

Для исключения нарушения обменных процессов в генезе нарушения жирового обмена проведено исследование параметров общего анализа крови, биохимических показателей, отражающих функцию печени.

Биохимические показатели крови исследованных женщин как в основной группе, так и в группе сравнения, были в пределах допустимой нормы. Показатели свертывающей системы крови пациенток, перенесших брюшной тиф, также не отличались от показателей группы сравнения (табл.2).

Таблица 2. - Биохимические показатели крови в сравниваемых группах

Показатели	Основная группа, n=64		Группа сравнения, n=22		P
	Min-Max	M±m	Min-Max	M±m	
Общий белок, г/л	59,0-81,1	65,4±0,6	56,2-71,7	66,4±0,7	>0,05
Билирубин общий, мкмоль/л	9,8-18,8	14,9±0,2	11,5-14,8	13,0±0,2	<0,001
Мочевина, ммоль/л	4,0-8,4	6,1±0,1	4,2-8,2	6,1±0,2	>0,05
Креатинин, ммоль/л	45,0-103,4	85,9±1,5	70,4-100,6	89,4±2,0	>0,05
АлАТ, Ед/л	4,0-12,5	9,7±0,3	4,7-13,0	10,2±0,4	>0,05
АсАТ, Ед/л	3,8-11,9	9,0±0,3	3,9-12,0	9,7±0,5	>0,05
Фибрин, мг	8,0-16,0	11,4±0,2	8,0-16,0	11,2±0,4	>0,05
Фибриноген, мг%	200,0-375,0	259,9±6,2	200,0-400,0	265,0±9,9	>0,05
Сахар крови, ммоль/л	3,3-6,8	4,8±0,1	3,6-6,3	5,2±0,2	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни).

Содержание АлАТ и АсАТ не отличалось от физиологических параметров вне зависимости от тяжести БТ. Однако индекс Рейтиса оказался незначительно сдвинут за счёт увеличения АлАТ во всех группах. Показатели азотистого обмена оказались также в пределах физиологических границ. Нами не было обнаружено зависимости в показателях мочевины и креатинина от тяжести перенесенного заболевания.

Исследование основных показателей анализа крови показало, что красная кровь без патологии в обеих сравниваемых группах. Содержание общего белка не отличалось в основной и группе сравнения. Число лейкоцитов, хотя было в пределах нормы, достоверно отличалось от группы сравнения – 5,4±0,2 и 4,7±0,2 соответственно (p<0,01). Высокую степень достоверного отличия обнаруживает показатель скорости оседания эритроцитов в основной группе (p<0,001), что по-видимому свидетельствует об остаточных проявлениях воспалительного процесса в организме женщин, переболевших БТ.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования показали, что брюшной тиф, сопровождаясь длительной лихорадкой, приводит к нарушению обменных процессов, которые в последующем проявляются повышением индекса массы тела - ожирение в 17,3%, избыточной массой тела в каждом четвертом случае.

Список литературы

1. Азимов Г.Д. Состояние инфекционной заболеваемости населения в Республике Таджикистан, связанное с водным фактором / Г.Д. Азимов // Наука новые технологии и инновации.-2016.-№2.-С. 69-73.
2. Ахмедова Ш.У. Патогенетические аспекты нарушений менструальной функции у женщин с ожирением (обзор литературы) / Ш.У. Ахмедова, Д.Ш. Садыкова// Международный эндокринологический журнал.- 2016.- №8(80)- С. 27-31.
3. Одинаев Н.С. Распространенность брюшного тифа среди населения Республики Таджикистан / Н.С. Одинаев, Г.М. Усманова // Здоровье Таджикистана.- 2014. -№ 4 (323). -С. 81-86.
4. Сангов М.С. Внутривисцеральная гемодинамика при брюшном тифе, осложнённом острой почечной недостаточностью / М.С. Сангов, А.М. Мурадов, Э.Р. Рахмонов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2012. - № 1. - С. 26-30.
5. Typhoid fever complicated by multiple organ involvement: report of two cases. / G.C. Huang et al. // J Infect. – 2005. – Vol.51 – P. 57-60.
6. Fatal Salmonella enteritidis sepsis acquired prenatally in a premature infant. / C. Roll et al. // Obstet Gynecol. - 2016 – Vol.88. – P.692-693.

ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ

Баротов Х.Х., Набиев М.Х., Сафаров К.Х.

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Одним из наиболее тяжелых гнойно-септических осложнений оперативного вмешательства на органах брюшной полости по праву считаются послеоперационные поддиафрагмальные абсцессы. По данным литературы, это осложнение встречается у 0,6% больных, оперированных в плановом, и у 1,5% - в ургентном порядке. При этом летальность в этой группе больных до настоящего времени недопустимо высока и составляет от 27 до 98%[1-3].

Основными факторами, способствующими возникновению ППА, являются: нарушение микроциркуляции в области сформированных анастомозов, девитализация тканей в ране, травматичное и грубое выполнение отдельных хирургических приемов, скопление в поддиафрагмальном пространстве вследствие неадекватного дренирования крови, желчи, содержимого полых органов [2-3]. Диагностика ППА в ранних стадиях её развития представляет значительные трудности, лишь только после формирования гнойника в поддиафрагмальном пространстве, возможно, её диагностика. Стёртость клинических данных на раннем этапе формирования ППА атипичность течения послеоперационного периода, несоответствие лабораторных показателей тяжести патологического процесса, замедленная реакция общих и местных проявлений ППА приводят к несвоевременной диагностике и запоздалой операции.

Цель исследования. Улучшение диагностики и результатов лечения послеоперационных поддиафрагмальных абсцессов.

Материал и методы исследования. В основе настоящего исследования лежит опыт лечения 63 больных с послеоперационными поддиафрагмальными абсцессами после оперативных вмешательств на органах брюшной полости в ГКБ №5 г. Душанбе и Хатлонской областной больнице №2 с 1975 по 2000 гг. Кроме того 127 пациентам при хирургическом лечении заболеваний печени, желчных путей и желудка применены усовершенствованные методики операций и дренирования, позволившие увеличить надежность оперативного вмешательства и тем самым уменьшить риск развития гнойных осложнений, в том числе ППА. Клиническое исследование больных с ППА состояло из общепринятых методов: выяснении жалоб, анамнеза заболевания и данных объективного обследования, клиничко-лабораторные исследования, эндоскопическое исследование, ультразвуковое исследование и компьютерная томография и бактериологическое исследование микрофлоры полости абсцессов. Методы статистического анализа. Математическая обработка регистрируемых параметров выполнена на персональном компьютере типа «IBM PC/AT» с пакетом прикладных программ CSS/3 и CSS for Windows методом дискриминантного анализа по F-критерии Фишера и корреляционного анализа по t-критерию Стьюдента. Для сравнения относительных величин использовали метод арксинусного преобразования.

Результаты исследования и их обсуждение. При детальной интерпретации полученных данных 63 больных с ППА установлено, что почти в половине всех наблюдений (44,4%) эти операции были связаны с заболеванием желудка, двенадцатиперстной кишки и печени. Реже ППА развивались после операций на кишечнике (9,5%) и при других заболеваниях. Установлено, что подавляющее большинство больных старше 40 лет, при этом мужчин было 45 (71,4%), женщин - 18 (28,6%). Следует отметить, что у всех больных наблюдались длительные сроки заболевания, особенно это касается больных с язвенной и желчекаменной болезнью.

Поддиафрагмальный абсцесс протекал, как правило, с выраженными симптомами (табл. 1).

Результаты исследования показали, что на 3-4 сутки после операции у больных наблюдается ухудшение общего состояния, они жалуются на слабость, постоянные боли в верхней половине живота больше в подреберье, усиливающиеся при глубоком вдохе, высокую температуру. У 73,1% больных отмечена лихорадка гектического типа с высоким размахом температуры, у 26,9% - наблюдали лихорадку постоянного типа. Наряду с повышением температуры тела наблюдалась и тахикардия. Болезненность в соответствующем подреберье при пальпации живота отмечена у 90,5% больных, защитное напряжение мышц – у 68,3%. Притупление перкуторного звука над абсцессом имело место при больших гнойниках (30,2%).

Таблица 1

Частота клинических симптомов у обследованных больных поддиафрагмального абсцесса (n=63)

Симптомы	Число наблюдений	Частота в % M±m
1. Выраженная общая слабость	54	87,7 ±3,1
2. Постоянные боли в верхней половине живота и в подреберье	49	77,7 ±5,1
3. Тахикардия (пульс в минуту):		
до 90	38	60,4 ±3,2
до 100	10	15,9 ±5,1
более 100	15	23,8 ±3,4
4. Лихорадка:		
гектического типа	46	73,1 ±4,8
постоянного типа	17	26,9 ±3,4
5. Повышение температуры тела:		
до 380	32	50,8 ±4,0
до 390	17	26,9 ±3,5
свыше 390	14	22,2 ±3,6
6. Болезненность при пальпации в подреберье	57	90,5 ±2,1
7. Защитное напряжение мышц в подреберье	43	68,3 ±3,1
8. Укорочение перкуторного звука в области абсцесса	19	30,2 ±3,4
9. Вздутие в области правого подреберья	13	20,6 ± 2,9
10. Боль в области межреберий	11	17,5 ±1,7

Примечание: * - $p < 0,05$ достоверность различия по сравнению с исходными данными

Следует отметить, что в зависимости от характера заболевания, типа оперативного вмешательства гнойники локализовались по отношению к печени различно (табл. №2).

Таблица 2

Локализация абсцессов в зависимости от характера заболевания у обследованных больных

Характер оперативного вмешательства	Локализация абсцессов	
	Надпеченочное пространство	Подпеченочное пространство
1. Резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру	32	6
2. Эхинококкэктомия из 8 сегмента печени	5	2
3. Ушивание перфоративной язвы	2	-
4. Холецистэктомия	-	9
5. Эхинококкэктомия из IV-V сегментов	-	1
6. Резекция тонкой кишки с анастомозом		2
7. Прочие операции	1	1
Всего	40	23

Таким образом, наряду с клинико-лабораторными данными и рентгенологическим исследованием, важное значение в ранней диагностике формирования ППА приобретает динамическое ультразвуковое и компьютерно-томографическое исследование. Доказано, что эффективными методами лечения послеоперационных поддиафрагмальных абсцессов является внесерозное вскрытие гнойников и пункционный метод под контролем ультразвукового исследования.

Список литературы

1. Баротов Х.Х. Профилактика и хирургическое лечение послеоперационных поддиафрагмальных абсцессов: автореф. дис. ... к-та. мед. наук: 14.00.27. / Х.Х. Баротов – Душанбе 2010, - 21 с.
2. Клинические проявления несостоятельности швов дуоденальной культи у больных пожилого возраста / С.В. Коновалов [и др.] // Тез. докл. II науч.-практ. геронтологической конф. с междунар. участием, посвящ. памяти Э.С. Пушкиной «Пушковские чтения»; под ред. В.Н. Анисимова, А.Л. Арьева. – СПб., - 2006. – С. 114-115.
3. Курбонов К.М. Диагностика и тактика лечения послеоперационного желчного перитонита / К.М. Курбонов, Н.М. Даминова // Хирургия, 2007. - №8. - С. 38-42.

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТРЁХ ЛАПАРОПОРТОВ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ПАТОЛОГИЯМИ

Бахромов М.Б., Расулов Н.И., Нуров З.М., Хакимов М.Х.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,
Лечебно-диагностический центр ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Последние десятилетия наблюдается неуклонный рост числа больных с желчекаменной болезнью и осложнениями В настоящее время «золотым стандартом» лечения ЖКБ является выполнение лапароскопической холецистэктомии.[1] Выполнение лапароскопической холецистэктомии у больных с сопутствующими сердечно-легочной патологиями осуществляется при создании карбоксиперитонеума, обеспечивающего оптимальную визуализацию органов брюшной полости[2,3].Сочетание продолжительного увеличением внутрибрюшного давления и эффектов присутствия CO2 оказывает сложный комплекс воздействия на организм больного. Недостат-

ки пневмоперитонеума и осложнения после него стали привлекать к себе внимание клиницистов лишь в конце 90 годов прошлого века, когда резко выросло количество ЛХЭ. В таких ситуациях разработали методику лапаролифтинга, при лапароскопической холецистэктомии у больных с сопутствующими сердечно-легочными патологиями. Особая актуальность проблемы лечения ЖКБ состоит в том, что ей страдают преимущественно пациенты пожилого и старческого возраста с сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, и число их с каждым годом увеличивается[3,4]. В последние годы в литературе, посвященной эндовидеохирургическому лечению больных с ЖКБ появились новые публикации об использовании двух, трех троакаров. Это свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения различных аспектов проведения лапароскопической холецистэктомии при ЖКБ с применением видоизмененных методик в свете появления новых технологий.

Целью настоящего **исследования** является изучить способ лапаролифтинга, при лапароскопической холецистэктомии у больных с сопутствующими патологиями в малогазовом режиме.

Материал и методы исследования. В условиях ЛДЦ и кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино с 2018г по 2019 г. 52 больным произведена лапароскопическая холецистэктомия с использованием трёх лапаропортов в условиях лапаролифтинга у больных с сопутствующими сердечно-легочной патологиями. Возраст больных от 48 до 82 лет, средний возраст составил $56 \pm 2,5$ лет, мужчин 8 (15,3%), остальные 44 (84,7%) пациентов - лица женского пола, 41 (78,8%) пациентов страдали хронической желчнокаменной болезнью, 11 (21,2%) больных были госпитализированы в экстренном порядке по поводу острого калькулёзного холецистита, при этом сроки госпитализации от начала приступа острого холецистита составили от 12 до 48 часов, в среднем $28 \pm 1,5$ часов. Из обследованных пациенты страдали различными сопутствующими заболеваниями, наиболее часто отмечена гипертоническая болезнь - у 19 (36,5%), ишемическая болезнь сердца - у 28(53,4%), постинфарктный кардиосклероз - у 4 (7,6%), что, в свою очередь, повышало риск предстоящего оперативного вмешательства. Оперативное вмешательство проводили под внутривенным комбинированным наркозом в условиях искусственной вентиляции лёгких. Ниже пупка по средней линии разрез кожи до 1 см., производим пункцию брюшной полости иглой Вереща для создания малогазового карбоксиперитонеума. Необходимо отметить, что во избежание последствий вредного воздействия искусственного карбоксиперитонеума на сердечно-сосудистую систему у больных с сопутствующими заболеваниями операцию производим в условиях малогазового карбоксиперитонеума (6-8 мм. рт.ст. при расходе CO₂ 3-4 об. в мин). После разреза ниже пупка на 1см обнажается апоневроз мышцы живота, который прошивается капроновой нитью №6 накладывается карбоксиперитониум с помощью иглы Вереща. На месте которой вставляется 10 мм троакар для лапароскопа. Конец нити берется на зажим Кохера для лапаролифтинга. Затем под контролем лапароскопа вставляется троакар в эпигастральную область, две подреберной области по срединноключичной и по передней подмышечной области. В эпигастральной области после вставление троакара апоневроз прошивается так же капроновой нитью №6 и удерживается зажимом. Таковую же держалку накладывают в точке №3. В малогазовом режиме при давлении CO₂ 6-8 мм. вод. СТ проводится панорамный осмотр брюшной полости и желчного пузыря. При этом определяем возможность и целесообразность выполнения ЛХЭ с помощью трёх лапаропортов. Затем газ впускается и дальнейший ход операции выполняется в без газовом режиме после приподнятия передней брюшной стенки через швы держалки. При этом уменьшается давление на диафрагму, нижнюю полую вену, отсутствует сдавление органов брюшной полости. Необходимым условием выполнения ЛХЭ по данной методике является размер желчного пузыря по длине не более 6-7 см, отсутствие расширения холедоха, длина пузырного протока не менее 2-3 см., отсутствие выраженного спаечного процесса в области шейки и вокруг желчного пузыря. После определения показаний к выполнению ЛХЭ с помощью трех лапаропорт для рабочих инструментов устанавливаем лапаропорт диаметром 11мм. и 5мм. При этом тракция желчного пузыря производится в каудальном направлении за карман Хартмана, а тракция за дно желчного пузыря не производится, обработка пузырного протока и пузырной артерии, холецистэктомия и другие манипуляции производятся через 11 миллиметровый лапаропорт установленный в эпигастральной области. Экстракцию желчного пузыря из брюшной полости также производим через торокопорт в эпигастральной области. Операцию завершаем дренированием ложа желчного пузыря силиконовой трубкой через лапаропорт в правой подреберной области. Каких-либо технических трудностей при выполнении ЛХЭ с помощью трёх лапаропортов нами не отмечено.

Результаты исследования и их обсуждение. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко, активизировались к концу дня операции, больные в назначении наркотических анальгетиков не нуждались. Дренажную трубку удаляли через сутки после контрольного ультразвукового исследования. Нагноение послеоперационной раны в эпигастральной области отмечено у 4 (2,6%) больных, серома послеоперационной раны - у 2 (1,3%) больных, среднее число койка дней пребывания больных в стационаре составило 4,2 дня, летальных исходов не было.

Выводы.

- 1.Выполнение ЛХЭ с помощью трёх лапаропортов возможно в условиях лапаролифтинга у больных с сопутствующими сердечно-легочными патологиями исключая нарушения гемодинамика.
2. Необходимым условием выполнения ЛХЭ с использованием трёх торокопортов является: размер желчного пузыря по длине не более 6-7 см., отсутствие выраженного перипроцесса вокруг желчного пузыря и расширение холедоха в первые сутки от начала приступа острого холецистита, когда вокруг желчного пузыря отсутствует выраженный перипроцесс;
3. ЛХЭ с помощью трёх троакаров не является альтернативой традиционной ЛХЭ, а является его разновидностью, которая имеет свои строгие показания и противопоказания.

Список литературы

1. Атаджанов Ш.К. Пути снижения осложнений лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Ш. К. Атаджанов // Хирургия. – М. – 2007. – №12. – С. 26-29.
2. Ранние послеоперационные осложнения у больных калькулезным холециститом и холедохолитиазом: Руководство для врачей / Д.М. Красильников [и др.] ; под ред. Д.М. Красильникова. – Казань: Медицина, 2008. – 176 с.
3. Шпаченко Ф.А. Сравнительный анализ различных видов холецистэктомии / Ф.А. Шпаченко, П.С. Ветшев // Руководство по хирургии желчных путей / под ред. Э.И. Гальперина, П.С. Ветшева. – 2-е изд. – М.: Видар – М, 2009. – С.185-195.
4. Clinical significance of drainage tube insertion in laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized controlled trial // J Hepatobil. Pancreat. Surj. – 2007. – V.14. – P.551-556 .

ПРЕНАТАЛЬНЫЙ СКРИНИНГ ПРИ РОДСТВЕННЫХ БРАКАХ

Бобджонова О.Б., Абдурахманова Ф.М., Кадамалиева М.Д., Абдурахманова Ф.Ф.

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. В Таджикистане совершенствование пренатальной диагностики для предупреждения рождения детей с тяжелыми пороками развития, наряду с другими научными направлениями, определяются демографическими проблемами. Важность пренатального скрининга обусловлена тем, что его проведение дает возможность родителям принять решение о прерывании аномальной беременности, или подготовиться к рождению ребенка с пороками развития, а также своевременно провести хирургическую коррекцию выявленных пороков в условиях стационаров высокого уровня.

В Республики Таджикистан проведению пренатального скрининга подлежат все беременные и его проведение регламентировано Приказом Минздрава РТ от 01.06.2016 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

Пренатальный скрининг начинается с проведения ультразвукового исследования плода врачом-экспертом. Ультразвуковая диагностика на УЗИ-сканнерах экспертного класса позволяет диагностировать целый ряд пороков развития: анэнцефалия, акrania, экзенцефалия, голопрозенцефалия, гидроцефалия, иниозенцефалия, черепно-мозговая грыжа с энцефалоцеле, спинномозговые грыжи. В соответствии с алгоритмом FMF ультразвуковое обследование беременной проводится на сроках 11-14 недель беременности определяет:

- Увеличение толщины воротникового пространства (шейная прозрачность, шейная складка, NT) более 3 мм при КТР 45-84 мм — маркер ВПР плода,
- Расхождение срока беременности и КТР плода >2 нед. — маркер ВПР плода,
- В конце первого триместра носовая кость не определяется с помощью УЗИ у 60-70% плодов с синдромом Дауна и только у 2% здоровых плодов,
- Нарушения формы волны кровотока в аранциевом протоке обнаруживаются у 80% плодов с синдромом Дауна и только у 5% хромосомно нормальных плодов,
- Уменьшение размеров верхнечелюстной кости,
- Увеличение размеров мочевого пузыря («мега-цистит»),
- Умеренная тахикардия у плода,
- Экзенцефалия — анэнцефалия,
- Кистозная гигрома (отеочность на уровне шеи и спины плода), более чем в половине случаев обусловлена хромосомными аномалиями,
- Омфалоцеле и гастросхизис. Диагноз омфалоцеле может быть поставлен только после 12 недель беременности, поскольку до этого срока физиологическая пупочная грыжа, довольно часто обнаруживаемая, не имеет клинического значения,
- Единственная пупочная артерия (в большом проценте случаев сочетается с хромосомными аномалиями у плода).

В 2017 году в Республике Таджикистан стартовал массовый пренатальный скрининг 1 триместра по алгоритму FMF. Уже в первый год было обследовано 69 беременных, группу риска составили 77 беременных (1,4%), выявлено 26 случаев хромосомной патологии (21,7%), 13 тяжелых порока развития плода (0,5%). Новый алгоритм повысил выявляемость хромосомных аномалий в 1,7 раза, результативность инвазивных исследований выросла в 2 раза, то есть на каждые 100 инвазивных процедур, проведенных беременным, попавшим в группу риска, количество выявленных хромосомных аномалий выросло на 70% .

Свободная р-субъединица ХГЧ: плацента вырабатывает очень большие количества ХГЧ, и хотя в основном этот гормон поступает в кровь в собранном виде (димерная молекула, состоящая из обеих субъединиц), в небольшом количестве в кровь поступает также свободная (не связанная с а-субъединицей) р-субъединица ХГЧ. Концентрация ее в крови во много раз меньше, чем концентрация общего ХГЧ, но этот показатель гораздо надежнее может указывать на риск проблем у внутриутробного плода на ранних сроках беременности. Определение свободной р-субъединицы ХГЧ в крови имеет значение также для диагностики трофобластической болезни (пузырного заноса и хорионэпителиомы), некоторых опухолей яичка у мужчин, мониторинге успеха процедур экстракорпорального оплодотворения.

Альфа-фетопротейн — это гликопротеин плода, вырабатываемый вначале в желточном мешке, а потом в печени и желудочно-кишечном тракте плода. Это транспортный белок в крови плода, связывающий целый ряд различных факторов (билирубин, жирные кислоты, стероидные гормоны). Это двойной регулятор роста внутри-

утробного плода. У взрослого человека никаких известных функций АФП не выполняет, хотя может повышаться в крови при заболеваниях печени (цирроз, гепатит) и при некоторых опухолях (гепатоклеточная карцинома и герминативная карцинома). В крови матери уровень АФП постепенно повышается с увеличением срока беременности и достигает максимума к 30 неделям. Уровень АФП в крови матери повышается при дефектах нервной трубки у плода и при многоплодной беременности, понижается — при синдроме Дауна и при синдроме Эдвардса.

Пациентам необходимо объяснить, что результат скрининга выше, чем 1:100 не является гарантией того, что ребенок не имеет хромосомных аномалий. Он лишь позволяет предположить, что риск развития пороков маловероятен. Высоким считают риск при значениях больше чем 1:100 (1:99, 1:98 и т.д.).

В ходе эволюции программ пренатального скрининга специалисты пришли к ясной необходимости индивидуального расчета риска развития хромосомных аномалий у каждой беременной женщины. Сегодня мы понимаем, что успех реализации любой медицинской диагностической системы заключается в уровне образования медицинского специалиста, который будет ее применять.

Правильное пояснение необходимости проходить пренатальный скрининг, и грамотная трактовка результатов скрининга является одной из приоритетных задач современного врача акушера-гинеколога. Здесь необходимо осознавать, что важно не напугать пациента предстоящим анализом, а помочь понять важность его результата.

При установлении у беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям у плода принимается решение о проведении инвазивной пренатальной диагностики. Показаниями для инвазивной диагностики так же являются:

- наличие специфических ультразвуковых - маркеров пороков развития,
- возраст беременной старше 35 лет,
- семейное носительство хромосомных болезней,
- рождение предыдущих детей с пороками развития,
- прием цитостатиков или антиэпилептических препаратов одним из супругов,
- родственные браки.

Существуют следующие методы инвазивной диагностики пороков развития плода.

Трансабдоминальная биопсия ворсин хориона — проводится в 9-12 недель беременности. Под ультразвуковым контролем в полость матки трансабдоминальным или трансцервикальным путем проводится специальный катетер, через который осуществляют забор материала. Ворсины отделяются от децидуальной ткани, далее проводится хромосомный анализ. Преимуществом БВХ является быстрое получение результата, на том сроке, когда прерывание беременности более безопасно для матери. Недостатками метода признаются 2-3% риск прерывания беременности, реже травмы конечностей плода.

Амниоцентез — инвазивное, достаточно безопасное информативное исследование проводимое на сроке 15-18 недель. Игла диаметром 18-22G проводится через переднюю брюшную стенку в полость матки, аспирируют 10-20 мл амниотической жидкости. Известно, что амниотическая жидкость содержит частички кожи, легких, эпителия мочевого тракта плода. Далее эти клетки выращиваются специальным образом и затем проводят хромосомный, биохимический и молекулярный анализ. Диагностическая точность результатов таких тестов достигает 90%. Риск прерывания беременности в результате амниоцентеза не более 0,5-1,0%, также может развиваться резус-изоиммунизация.

Эмбриоскопия — проводится в первом триместре беременности до 12 недель. Для проведения эмбриоскопии жесткая оптика проводится через шейку матки в пространство между амнионом и хорионом для визуализации эмбриона.

Фетоскопия — проводится во втором триместре беременности на сроке 16 недель. Фетоскоп проводится через небольшой разрез на передней брюшной стенке. Проводят осмотр плода и забирают материал для дальнейшего анализа. Риск прерывания беременности в результате фетоскопии составляет 3-5%.

Кордоцентез — метод для забора крови плода, проводится после 16 недельного срока беременности. Катетер вводится в пуповину под УЗИ контролем, кровь забирают из пупочной вены, далее проводят хромосомный и генетический анализ. Метод хорош своей быстротой постановки диагноза. Позволяет также оценить обменные процессы плода и патологию системы крови.

Биопсия органов и тканей плода — для пренатальной диагностики некоторых кожных заболеваний проводят черезкожную биопсию кожи плода под ультразвуковым контролем на сроках 17-20 недель.

Биопсия печени плода необходима для диагностики нарушений метаболизма плода, проводится под контролем УЗИ на сроке 17-20 недель. Биопсия мышечной ткани плода проводится под УЗИ контролем для диагностики мышечной дистрофии Дюшенна — Беккера.

Важным методом пренатальной диагностики является преимплантационная биопсия бластоцисты в циклах ЭКО — метод применяется для селекции эмбрионов не имеющих генетической патологии до момента переноса в матку. Противопоказаниями к выполнению инвазивных методов исследования являются угроза прерывания беременности и наличие активного воспаления у беременной.

Вывод. Проведение пренатального скрининга и диагностики является важной составляющей ведения беременности. Пренатальный скрининг сегодня это ответственность за будущее перед государством не только медицинских работников, но и пациентов, готовность которых к сотрудничеству обеспечивает рождение здорового потомства.

Список литературы

1. Кулаков, В.И. Новые технологии и научные приоритеты в акушерстве и гинекологии / В.И. Кулаков // Гинекология. — 2014. — Т.09, №1. — С. 1-3.

2. Особенности акушерско-гинекологического анамнеза женщин и факторы риска формирования висцеро-абдоминальной диспропорции у плодов с гастрошизисом / О.В. Теплякова [и др.] // Акушерство и гинекология. — 2015. — №9. — С. 42-46.
3. Ашурова Г.С. В Таджикистане запрещают браки между родственниками за 2016 год.
4. Диагностика патологии центральной нервной системы плода в рамках пренатального скрининга I триместра по модулю FMF / О.А. Токтарова [и др.] // Практическая медицина. - 2014. - №3.
5. Пренатальный скрининг. - 2016. - URL:<http://testresult.org/pregnancy/testpregnancy/screening> (дата обращения 02.02.2016).
6. Nuchal scan. — 2016. — URL: [http://www.fetalmedicine.com/nuchal scan](http://www.fetalmedicine.com/nuchal%20scan). (дата обращения 02.02.2016).

ГЕСТАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС И ЕГО ИСХОД ПРИ РОДСТВЕННЫХ БРАКАХ

Бобджонова О.Б., Абдурахманова Ф.М., Кадамалиева М.Д.

Кафедра акушерства и гинекологии №2, ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Планирование беременности и борьба за рождаемость здорового поколения являются общемировой проблемой, приобретающей особую актуальность в областях с высокой рождаемостью. Однако, несмотря на большое число публикаций, многие факторы риска, влияющие на отягощение показателей репродуктивного здоровья, остаются малоизученными. Во многих регионах мира пристальному вниманию подвергается здоровье матери и ребенка в семьях, где существуют инбредные браки. В районах, где часто встречаются браки между близкими родственниками, взгляд на данный брак неоднозначен. И если угроза рождения в таких семьях детей с врожденной, генетически опосредованной патологией не вызывает сомнения, то влияние инбредного брака на течение беременности, применяемых методов родовспоможения мало изучено и дискуссионно.

Целью настоящего исследования явилось определение, влияет ли негативно родственный брак на течение беременности и исход родов.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ течения беременности у 40 женщин, состоящих в родственном браке и 20 женщин, состоящих в родственном браке в возрасте 18-38 лет. Всем беременным проводилось общеклиническое обследование согласно отраслевым стандартам. Оценку функционального состояния системы мать-плацента-плод проводили с использованием ультразвукового, доплерометрического исследования и кардиотокографии. В неонатальном периоде оценивались психофизические данные.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 40 женщин, состоящих в родственном браке, течение беременности осложнилось угрозой прерывания беременности в 11,7% случаев, частота синдрома задержки внутриутробного развития плода — 18,1% случаев. На УЗИ выявлены нарушения гемодинамики плода I А- I Б степени 36,3% , несоответствие зрелости плаценты к гестационному сроку в 18,8% случаев, маловодие в 15,6%, а у 12,9% наблюдалось многоводие. Исходы родов были следующие: срочными родами завершились в 97,8% случаях в основной группе и в 95% случаях в контрольной группе, преждевременные роды зарегистрированы в 6,1% случаев. При сравнительном анализе средних показателей антропометрических данных новорожденных детей было выявлено, что у матерей, состоящих в инбредном браке, дети рождаются с меньшей массой тела ($2149,14 \pm 108$ г.), чем у новорожденных детей, родившихся от родителей из родственного брака. 4,4% новорожденных основной группы были оценены при рождении как крупные, 41,7% основной группы — как маловесные для гестационного срока, 53,9% имели среднюю массу тела при рождении. В контрольной группе эти показатели составили: крупные дети — 20%, маловесные — 21,7%, средние — 58,3%.

В раннем неонатальном периоде у новорожденных основной группы были выявлены следующие осложнения: задержка внутриутробного развития — 18,2%, внутриутробная гипоксия плода — 46,9%. Среди новорожденных гипоксически ишемическое поражение центральной нервной системы были диагностированы в 48,8% случаев. Частота рождения детей с аномалиями развития в основной группе составила 31%.

При анализе данных гистологического исследования плацент у пациенток обследуемых групп было выявлено диссоциированное созревание ворсин в 30% случаев, признаки дыхательной недостаточности в 12,2%, незрелость ворсинчатого дерева в 5% случаях.

Заключение. Результаты исследования показали, что исходы беременности и родов не всегда были благоприятны у пациенток, состоящих в близкородственном браке. Следовательно, женщины как родившиеся в инбридинговой семье, так и состоящие в близкородственном браке, находятся в группе риска патологического течения беременности и родов.

Список литературы

1. Congénital anomalies. — Fact sheet #370. — April, 2015. — URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/> (02.02.2016).
2. Frederic Amar, Thomas Rio Frio, Vuk Dernja. Medical Information. — URL: <http://genoma.com>. (дата обращения 02.02.2016).
3. Современные алгоритмы пренатальной диагностики наследственных болезней: методические рекомендации / В.С. Баранов, Т.В. Кузнецова, Т.Э. Иващенко и др.; под ред. В.С. Баранова и Э.К. Айламазяна. — СПб: Изд-во Н-Л, 2009. — 80 с.: ил. — (Серия Ex libris «Журнал акушерства и женских болезней»).
4. Диагностика патологии центральной нервной системы плода в рамках пренатального скрининга I триместра по модулю FMF / О.А. Токтарова [и др.] // Практическая медицина. — 2014. — №3.
5. Пренатальный скрининг. — 2016. — URL:<http://testresult.org/pregnancy/testpregnancy/screening> (дата обращения 02.02.2016).
6. Nuchal scan. — 2016. — URL: [http://www.fetalmedicine.com/nuchal scan](http://www.fetalmedicine.com/nuchal%20scan). (дата обращения 02.02.2016).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Бобожонов М.Н., Бердиев Р.Н., Рахмонов Х. Дж.

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Эхинококкоз характеризуется длительным хроническим течением, тяжёлой органной и системной патологией, обширностью поражения, что приводит к инвалидности и нередко к гибели больного. Различные осложнения при этой патологии наблюдаются у 14,3-63% больных. Рецидив заболевания - наиболее тяжёлое отдалённое осложнение, которое наблюдалось, по разным сведениям, в 20-39,6% и летальностью (14,3%) больных [1,2,3,4,5]. Как показывают данные литературы, послеоперационные рецидивы эхинококкоза остаются довольно распространёнными. Вышеуказанное, учитывая специфику головного мозга, не может расцениваться как удовлетворительное.

По количеству кист в поражённом органе и ткани может развиваться одна киста (одиночные) или несколько (множественный) - при этом имеется в виду наличие нескольких отдельных кист в одном органе с разными размерами. Множественные эхинококковые кисты головного мозга являются крайне редким наблюдением. Множественные эхинококковые кисты головного мозга могут быть первичными или вторичными. Первично-множественное поражение происходит вследствие заноса протоколексов эхинококка током крови в различные участки головного мозга. Вторично-множественное поражение встречается вследствие спонтанного разрыва первичной кисты или вследствие травмы, иногда в ходе хирургического вмешательства.

Множественный эхинококкоз головного мозга представляет тяжелые и опасные для жизни варианты течения заболевания, вместе с тем сохраняется высокая частота диагностических ошибок, осложнений, а также летальности при множественном эхинококкозе. В мировой литературе до 2011 года было найдено не более 18 подобных наблюдений. Из них в 5 случаях имело место поражение обоих полушарий головного мозга с наличием от 2 до 24 кист, в 10 – описано, поражение одной гемисферы головного мозга, количество кист составило от 2 до 30. В 3 случаях описаны супра- и субтенториальные локализации эхинококковых кист, из которых в 2 наблюдениях пациенты скончались (в 1 наблюдении - после операции, в другом - после консервативной терапии альбендазолом) [2].

На основании вышеизложенного можно отметить, что в доступной литературе работы посвященные множественному эхинококкозу головного мозга единичны и остаются малоизученными. Нет подробного описания алгоритма хирургического лечения множественных форм эхинококкоза головного мозга.

Целью настоящего исследования является анализ хирургического лечения больных множественным эхинококкозом головного мозга.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты лечения 9 больных с множественным эхинококкозом головного мозга, возраст больных колебался от 5 до 26 лет. Из этих 9 больных у 3 (33,3%) выявлены множественные сочетанные эхинококковые кисты. Больные находились на обследовании и лечении на базе кафедры нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино за период 2000-2019гг.

Диагноз был установлен на основании клинико-неврологических, лабораторных, нейроофтальмологических, рентгенологических, эхоэнцефалоскопических (ЭХО-ЭС), ультразвуковых, компьютерных и магнитно-резонансных томографических (КТ, МРТ) данных.

Большинство авторов, занимающихся эхинококковым поражением головного мозга, считают, хирургическое удаление является радикальным способом лечения заболевания. Вопросы дифференцированного подхода к оперативному лечению эхинококкоза головного мозга и профилактика послеоперационных осложнений в настоящее время представляют собой важную проблему современной нейрохирургии.

Результаты исследования и их обсуждение. Исследования показало, что в стадии умеренной декомпенсации находились семь больных, а двое стадии грубой декомпенсации. По данным исследований, у двух больных в анамнезе заболевания выявлено, что им была произведена эхинококкэктомия печени. У одного больного при обследовании выявлена эхинококковая киста в сердце, легких, печени, поджелудочной железы и крестцовом отделе позвоночного канала. Множественные паразитарные кисты располагались в разных соседних долях одного полушария мозга у 6 (66,7%) больных. У 2 (22,2%) больных отдельные кисты располагались в двух полушариях. У 1 (11,1%) больного диагностированы кисты супра- и субтенториальной локализации. Произведены операции 9 больным. У 2 (22,2%) больных в связи с резко выраженным явлением, внутричерепной гипертензии с угрозой дислокации мозга, окклюзии ликворопроводящих путей, оперативное вмешательство проведено в экстренном порядке. Следует подчеркнуть, что абсолютным показанием к выполнению экстренного оперативного вмешательства было не число и величина кист, а наличие частичной или полной блокады оттока спинно-мозговой жидкости. У 7 (77,8%) в связи с компенсированным состоянием больных проведены плановые операции.

Всем больным проведено удаление эхинококкового пузыря - методом гидравлического выталкивания и в последующем дренирование внутричерепного пространства. Операции проведены с использованием микрохирургической техники и малотравматичным доступом. Кисту предварительно изолировали многослойным стерильным материалом. Под микроскопом рассечены спайки утолщенной арахноидальной оболочки, энцефалотомии в функционально неактивной зоне, что соответствовало диаметру паразитарной кисты. Кисты в рану стали пролабировать и легко удалялись, поскольку слабо связаны с паренхимой мозга. Специфика эхинококковых кист такова, что при экспансивном росте они не прорастают своей хитиновой оболочкой в ткань мозга, а как бы раздвигают ее. Образовавшуюся после удаления кисты полость обильно промывали изотоническим и антисептическими растворами.

Учитывая, что эхинококковые кисты у 6 (66,7%) больных располагались в разных соседних долях одного полушария, оперативное вмешательство произведено в один этап. У 3 (33,3%) больных отдельные кисты располагались в двух полушариях, а также супра- и субтенториальной локализации, в связи с этим, операции планировались в два этапа.

У 6 (66,7%) больных после операции отмечен регресс общемозговых и очаговых симптомов, они выписаны. Один больной после второго этапа операции выписан с улучшением. Двоим больным, после первого этапа операции, поступившим в стадии грубой декомпенсации, хирургическое вмешательство было противопоказано и назначена химиотерапия. В обоих случаях множественные эхинококковые кисты диаметрами 1,5-6,0 см локализовались во всех долях обеих полушарий, а также супра- и субтенториальных областях. Летальности в клинике не было отмечено.

Выводы. Своевременное распознавание заболевания, до возникновения грубых очаговых неврологических симптомов и признаков дислокации головного мозга, способствует благоприятному исходу лечения.

Тактика и последовательность хирургического лечения зависят от тяжести состояния, неврологической симптоматики, размеров, локализации кисты и возможных осложнений.

Список литературы

1. Трофимова, Т.Н. Эхинококковые поражения головного мозга / Т.Н. Трофимова, Г.Т. Аманбаева // Лучевая диагностика и терапия. - 2016. - № 2 (7). - С. 37-46.
2. Потапов, А.А. Множественный эхинококкоз головного мозга, сердца и почек / А.А. Потапов, С.А. Горайнов, В.А. Охлопков // Вопросы нейрохирургии. – 2011. - №1. - С. 57- 65.
3. Эхинококкозы (гидатидозный и альвелярный) - пограничная проблема медицинской паразитологии и хирургии (обзор и собственные наблюдения)
4. / А.М. Бронштейн [и др.] // Российский медицинский журнал. - 2012. - №3. -С.50-53
5. Этиборлы С.А. Хирургическое лечение множественного эхинококкоза головного мозга / С.А. Этиборлы // Український нейрохірургічний журнал. – 2008. - №1. - С. 58-62.
6. The Gigant primary cerebral hydatid cyst with no marked manifestation: a case report and review of literature / S.K. Basarslan [et al.] // European Review for Medical and Pharmacological Sciences. - 2015.- V.19. - P. 327-1329.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

*Богомолов О.А., Школьник М.И., Прохоров Д.Г., Поликарпов А.А., *Мираков Р.С.*

ФГБУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. ак. А.М.Гранова МЗ РФ, Санкт-Петербург;

*Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Оперативное лечение опухолей единственной почки остается сложной проблемой в онкоурологии. Данная патология составляет 2 % всех злокачественных опухолей [1,2,3]. Оптимальным методом лечения данной категории больных является резекция почки, позволяющая избежать ренопривного состояния и программного гемодиализа в послеоперационном периоде [4,5]. Большинство урологов отмечают необходимость лечения данной группы пациентов в специализированных центрах, в виду высокого риска развития интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений.

Цель исследования. В клиническом наблюдении мы приводим пример лечения пациента с опухолью единственной почки.

Материалы и методы исследования. Клинический случай: Пациент М 53 лет. В 1985 году, по поводу гидронефротической трансформации правой почки III ст. была выполнена нефрэктомия справа, в дальнейшем пациент находился под наблюдением уролога, нефролога в поликлинике по месту жительства. Признаков ХПН не отмечалось. В апреле 2017 года, приплановом медицинском обследовании по данным ультразвукового исследования(УЗИ) брюшной полости выявлено образование в/3 левой почки размерами 3.5*3*2.5см. С целью уточнения диагноза пациенту 20.04.2017 года выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов брюшной полости: выявлено новообразование в/3 единственной почки. Размерами 3.1*2.7*2.3см., интраорганное, прилежит к чашечно-лоханочной системе(ЧЛС). Рис 1,2.

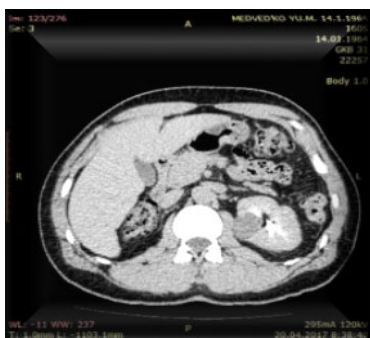


Рис.1. - МСКТ с в/в контрастированием, выделительная фаза.

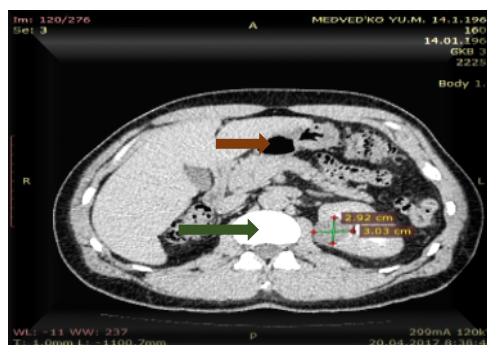


Рис.2. - Наличие опухоли левой почки (указано стрелкой)

Результаты исследования и их обсуждение. В ФГБУ РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова пациент обратился в мае 2017 года, диагноз при направлении: Опухоль единственной левой почки сT1N0M0. Данные физикального

обследования: поясничная область не изменена, безболезненна при поколачивании. Почки не пальпируются. Определяется послеоперационный рубец, линейной формы длиной 10 см в поясничной области справа - последствия нефрэктомии справа в 1985г. Патологических изменений в анализах крови и мочи не выявлено. КТ органов грудной клетки от 20.04.2017: КТ признаков патологии органов грудной полости не выявлено. Остеосцинтиграфия от 25.04.2017: Сцинтиграфических признаков специфического поражения костей не выявлено. С учетом наличия единственной левой почки и данных МСКТ принято решение о выполнении лапароскопической резекции единственной левой почки. 24.05.2017 выполнена лапароскопическая резекция единственной левой почки.

Пациент был уложен в положение Тренделенбурга под углом 15° на правый бок. Во время операции поддерживался пневмоперитонеум 12 мм рт.ст. Первым этапом была вскрыта брюшина по линии Тольда слева. Почка была мобилизована по передней, задней и латеральной поверхностям. В 2/3 левой почки визуализировано образование размерами 3.1*3*2.5 см. Далее была мобилизована почечная ножка. Учитывая наличие единственной почки, было принято решение о выполнении операции без выключения кровотока и тепловой ишемии. Выполнена отсепаровка паранефральной клетчатки по дистальному краю опухоли. Далее была выполнена резекция опухоли с использованием ультразвукового скальпеля «Harmonic». Во время резекции опухоли визуализация зоны операции осуществлялась с помощью вакуумного аспиратора. Во время пересечения артерии, питающей опухоль отмечено интенсивное кровотечение, культя сосуда была прошита нитями PROLENE 3.0. Во время резекции была вскрыта верхняя группа чашечек, дефект ЧЛС был ушит нитями VICRIL 2.0. С целью минимизации ишемии и некроза паренхимы почки от наложения гемостатических швов было решено отказаться. Окончательный гемостаз был достигнут с помощью гемостатической губки «Тахокомб» [Такеда]. Операция завершена дренированием зоны операции.

Гистологическое заключение 02.06.2017: Папиллярный рак почки, Iтип, Grade 1. Хирургический край - отрицательный.

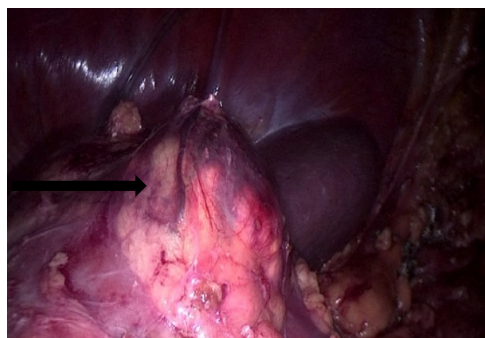


Рис.3 Опухоль левой почки (указано стрелкой)

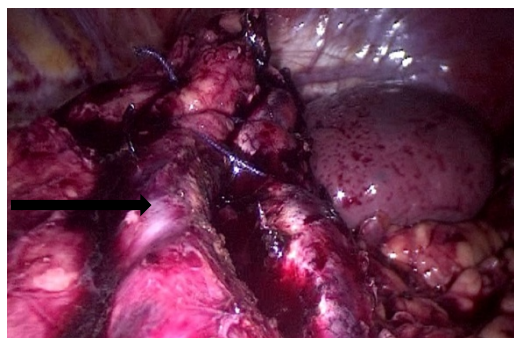


Рис. 4. Левая почка после лапароскопической резекции (указано стрелкой)

На 2-е сутки послеоперационного периода у пациента отмечено поступление по дренажу геморрагического отделяемого в объеме 400 мл. Пациенту экстренно выполнена ангиография левой почечной артерии. Выявлена экстравазация контрастного вещества через культю верхней сегментарной артерии почки, рис.5. Выполнена селективная механическая эмболизация верхней сегментарной артерии. рис.6

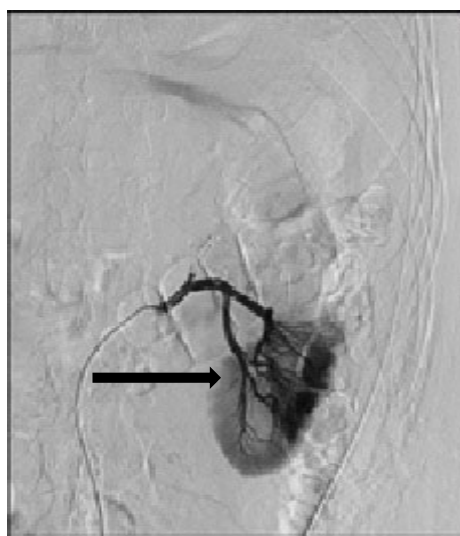
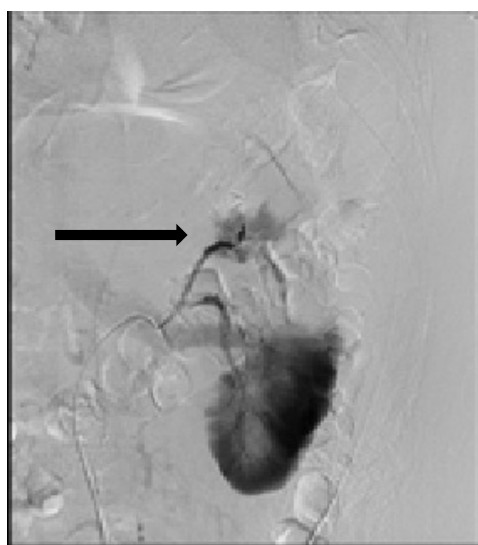


Рис.5 Ангиография левой почечной артерии. Рис. 6 Контроль после суперселективной эмболизации. Экстравазация контрастного вещества спиральным эмболом. Экстравазации контрастного вещества нет. через культю верхней сегментарной артерии. После эмболизации отмечено постепенное уменьшение отделяемого по дренажу до 30 мл. На 7 сутки послеоперационного периода у пациента отмечено поступление по дренажу светло-желтого отделяемого объемом около 500 мл. При биохимическом анализе отделяемого: (Мочевина – 12.8ммоль/л; Креатинин – 488ммоль/л), что расценено как формирование мочевого свища.

Пациенту выполнена цистоскопия, ретроградная уретеропиелография. Выявлена экстрavasация контрастного вещества через верхнюю группу чашечек. рис.7. Выполнено стентирование левого мочеточника, установлен двухпетлевой антирефлюксный мочеточниковый стент «COLOPLAST» Fr 6. Выделение мочи по дренажу прекратилось на 8 сутки.



Рис. 7. Ретроградная уретеропиелография. Экстрavasация контрастного вещества через верхнюю группу чашечек. Дренаж удален на 9 сутки. Пациент выписан из стационара на 11-е сутки после резекции почки в удовлетворительном состоянии. Мочеточниковый стент удален амбулаторно через 4 недели от постановки мочеточникового стента. Через 6 месяцев после оперативного вмешательства 26.12.2017 пациенту выполнена МРТ брюшной полости: На фоне послеоперационных изменений признаков прогрессирования патологического процесса в зоне исследования не выявлено. Рис. 8;9

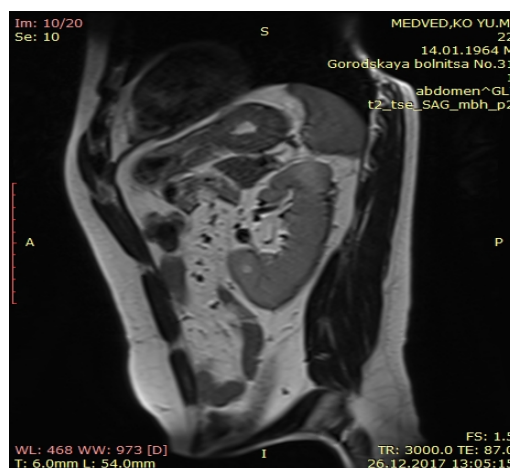
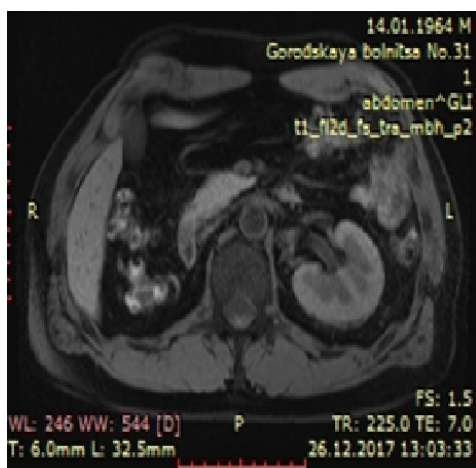


Рис. 8 МРТ, Т1 с жироподавлением с в/в контрастированием, Рис.9 МРТ,Т2 ВИ в сагитальной плоскости. аксиальная плоскость.

Выводы: Малоинвазивный видеолапароскопический доступ является альтернативой открытым оперативным вмешательствам в т.ч. при наличии опухоли единственной почки. С целью уменьшения зоны некроза почечной паренхимы лапароскопическая резекция единственной почки должна выполняться по возможности без тепловой ишемии, с минимальным наложением гемостатических швов. Прилежание резецируемой опухоли к ЧЛС сопряжено с высоким риском интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, таких как кровотечение и формирование мочевых свищей. Условия специализированного стационара позволяют проводить лечение осложнений малоинвазивными методами, без выполнения повторных оперативных вмешательств.

Список литературы

1. Алексеев, Б.Я. Лапароскопическая резекция почки Б.Я. Алексеев И.Г. Русаков, В.А. Поляков Российский онкологический журнал. 2006. №6. С. 16-20.
2. Лапароскопическая хирургия в онкоурологии проф. В. Б Матвеева, д.м.н. Б..Я. Алексеева Москва 2007. стр. 92-106.
3. Сулов Л.Н., Суконко О.Г., Красько О.В., Поляков С.Л. Ранние функциональные результаты хирургического лечения опухолей единственной почки. Онкоурология 2017 стр 45-52.
4. Outcome of stage T2 or greater renal cell cancer treated with partial nephrectomy: R. H. Breau, P. L. Crispin, R. E. Jimenez, C. M. Lohse, M. L. Blute and B. C. Leibovich J Urol 2010; 183: 903-908. [J Urol. 2010]
5. Rosaleen B. Parsons, Daniel Canter, Alexander Kutikov, Robert G. Uzzo RENAL Nephrometry Scoring. System: The Radiologist's Perspective American Journal of Roentgenology:199, September 2012.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И РАННИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ 2D И 3D ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

Богомолов О.А., Школьник М.И., Белов А.Д., Сидорова С.А., Прохоров Д.Г., *Мираков Р.С.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М.Гранова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия;

*Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Радикальная простатэктомия (РПЭ) остается «золотым» стандартом лечения больных локализованным раком предстательной железы (РПЖ) [1]. Малоинвазивные методики выполнения РПЭ продемонстрировали свое преимущество перед открытым доступом по показателям интраоперационных осложнений и ранним функциональным результатам при сопоставимой онкологической безопасности [2]. Вместе с тем, робот-ассистированные РПЭ, позволяющие добиться максимальной точности манипуляций и высококачественной визуализации, являются относительно дорогими операциями, что закономерно препятствует их более широкому внедрению в клиническую практику онкологических стационаров. В то же время, улучшение функциональных результатов РПЭ является одной из основных задач современной онкоурологии [3]. В последнее десятилетие все большее применение находят 3D лапароскопические установки, которые обеспечивают качественную стереоскопическую визуализацию, что особенно важно на реконструктивных этапах операции. В условиях отечественного здравоохранения внедрение таких оптических систем представляется оптимальным решением для улучшения функциональных результатов РПЭ. Это диктует необходимость оценки преимуществ и недостатков использования 3D-HD лапароскопических установок при выполнении малоинвазивной РПЭ.

Цель исследования – оценить функциональные и ранние онкологические результаты при выполнении 2D и 3D лапароскопической простатэктомии у больных локализованным РПЖ.

Материалы и методы исследования. В 2016-2017 гг в ФГБУ РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова выполнены 124 лапароскопические РПЭ по поводу локализованного РПЖ: 71 с использованием 2D-HD и 53 - 3D-HD лапароскопических систем Karl Storz®. Минимальный срок наблюдения за пациентами составил 3 месяца, максимальный – 24 месяца. Все операции выполнены двумя операционными бригадами по единой хирургической технике. Во всех случаях использовался экстраперитонеоскопический доступ. Центральный 10-мм оптический троакар устанавливался по срединной линии живота на 1 см ниже пупка. При использовании конвенциональной 2D-HD Karl Storz® лапароскопической стойки применяли 10 мм 0° оптику, при выборе 3D-HD стойки – 3D-HD Karl Storz® камеру с 10 мм 0° двуканальным стереолапароскопом. 3D видео выводилось на 3D-HD Karl Storz® монитор, также хирургической бригадой использовались поляризаационные очки. Дополнительно в правой и левой подвздошных областях под оптическим контролем устанавливались 4 троакара - один 12-мм и три 5 мм. Простатэктомию выполняли антеградно от мочевого пузыря, сохраняя его шейку. Семенные пузырьки удалялись во всех случаях, при необходимости выполняли сохранение одного или двух сосудисто-нервных пучков. Дорзальный венозный комплекс пересекали с применением биполярной коагуляции либо ножницами после предварительного его прошивания. Везикоуретральный анастомоз формировали непрерывно с применением нити *V-loc* 3/0 23 см. Всем больным выполнялась регионарная лимфодиссекция из области запирающей ямки с обеих сторон. Катетеризацию мочевого пузыря проводили силиконовым катетером Фолея №22. Дренаж в малый таз устанавливался всем больным.

Для достижения поставленной цели оценивались общее время операции, отдельно время этапа простатэктомии и время формирования везикоуретрального анастомоза, кровопотеря, интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения по классификации Clavien-Dindo [4], ранние функциональные результаты, хирургический край, изменение клинической стадии и частота развития биохимического рецидива. Последний определяли как последовательное повышение уровня ПСА выше 0,2 нг/мл [1].

Для статистического анализа использовали программный комплекс MedCalc 14.12.0 (MedCalc Software, Бельгия). Для характеристики интервальных переменных, имеющих нормальное распределение, использовали среднее значение (M) и стандартное отклонение (s), для характеристики порядковых и интервальных переменных, не подчиняющихся нормальному распределению - медиану (Me) и межквартильный размах (IQR). Для оценки различий групп с нормальным распределением признака использовали t-критерий Стьюдента. Для оценки различий между двумя группами в отсутствие приблизительно нормального распределения признака применяли U критерий Манна–Уитни. Для оценки взаимосвязи качественных признаков применяли метод построения таблиц сопряженности (критерий Хи-квадрат Пирсона). Критерием статистической достоверности получаемых выводов считали уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Общая характеристика больных РПЖ, включенных в исследование, представлена в таблице 1. Обе группы пациентов статистически значимо не различались по возрасту, индексу массы тела, предоперационному уровню ПСА и сумме баллов по шкале Глисона.

Таблица 1.

Сравнительная характеристика больных, включенных в исследование

Показатель	2D	3D	p
Возраст, M±s, г.	61,2±3,4	63,1±3,6	>0,05*
ИМТ, M±s	25,7±2,1	26,8±1,9	>0,05*
Уровень ПСА, Me (IQR), нг/мл	8,1 (6,2-14,8)	8,9 (5,9-16,8)	>0,05**
Сумма баллов по шкале Глисона, M±s	6,5±0,6	6,4±0,5	>0,05*

* t-критерия Стьюдента ** U критерий Манна–Уитни

Общее время операции в обеих группах достоверно различалось – 152 мин (100-192 мин) в группе 2D и 126 мин (90-154 мин) в группе 3D, $p < 0,05$. При этом сокращение времени операции во второй группе было достигнуто за счет уменьшения продолжительности реконструктивного этапа (38 ± 4 мин против 26 ± 4 мин, $p < 0,05$). Статистически значимых различий по времени, затраченному непосредственно на этап простатэктомии, выявлено не было. Достоверные различия также были установлены по показателю объема кровопотери. В первой группе данный параметр составил 240 ± 80 мл, во второй – 190 ± 70 мл, $p < 0,05$. Ни в одном из случаев не потребовалось конверсии операции в открытую. Среднее время катетеризации мочевого пузыря в послеоперационном периоде составило 7 ± 2 дня в обеих группах больных. Среднее время дренирования малого таза также достоверно не различалось и составило $2,3 \pm 0,6$ и $2,4 \pm 0,7$ дней в группе 2D и 3D, соответственно. Статистически значимых различий по длительности госпитализации больных в исследуемых группах не выявлено.

Анализ ранних послеоперационных осложнений проводился в соответствии с классификацией Clavien-Dindo и представлен в таблице 2. В обеих группах больных РПЖ частота осложнений достигала 22%, при этом более 90% из них относились к категории легких и умеренных (grade 1-2). В группе пациентов, перенесших простатэктомию в режиме 2D, отмечено единственное тяжелое осложнение – несостоятельность пузырно-уретрального анастомоза, что потребовало стентирования обоих мочеточников под эпидуральной анестезией. В другой группе больных одному пациенту потребовалось дренирование клинически значимого лимфоцеле под УЗ-контролем в условиях местной анестезии. Достоверных различий по частоте и тяжести развития ранних послеоперационных осложнений в зависимости от типа используемой лапароскопической системы выявлено не было.

Таблица 2. - Ранние послеоперационные осложнения в группах больных.

Степень осложнения	2D (n-71)	3D (n-53)
Grade 1		
Отек мошонки	3	1
Гематурия	2	2
Выпадение уретрального катетера	2	1
Лихорадка	3	3
Grade 2		
Гемотрансфузия	2	0
Орхоэпидидимит	1	0
Лимфорез	2	4
Grade 3a		
Дренирование лимфоцеле	0	1
Grade 3b		
Несостоятельность пузырно-уретрального анастомоза	1	0
Grade 4a-b/5		
Общее число осложнений ($p > 0,05^*$)	16 (22,5%)	12 (22,7%)

* Хи-квадрат Пирсона

В ходе анализа поздних послеоперационных осложнений (более 90 дней после простатэктомии) анализировались континентность и частота развития стриктуры пузырно-уретрального анастомоза. Процент недержания мочи спустя 3 месяца после оперативного лечения достоверно не различался в обеих группах больных и составлял 15,5% в первой и 13,2% во второй группах. При этом 3 и более прокладки в сутки вынуждены были использовать только 4,2 и 3,8 % больных, соответственно ($p > 0,05$). Стриктура пузырно-уретрального анастомоза была выявлена у 1 больного группы 2D конвенциональной лапароскопической простатэктомии. Больному выполнено трансуретральное лазерное рассечение стриктуры уретры с положительным эффектом.

По данным патоморфологического исследования операционного материала у больных группы конвенциональной 2D простатэктомии экстракапсулярное распространение опухоли (стадия $pT3a$) выявлено у 5 (7,0%) пациентов, инвазия в семенные пузырьки (стадия $pT3b$) – у 5 (7,0%), положительный хирургический край ($R+$) – у 7 (9,9%), опухолевое поражение лимфатических узлов ($pN+$) – у 2 (2,8%) пациентов. За время послеоперационного наблюдения в этой группе больных (Me – 12,2 месяцев) биохимический рецидив развился у 7 (9,9%) пациентов.

В группе больных, перенесших лапароскопическую простатэктомию в режиме 3D, соответствующие патоморфологические показатели были следующие: стадия $pT3a$ выявлена у 3 (5,7%), стадия $pT3b$ – у 2 (3,8%), $R+$ – у 6 (11,3%), $pN+$ – у 1 (1,9%) больного. Медиана послеоперационного наблюдения составила 10,8 месяцев. Биохимический рецидив развился у 3 (5,7%) пациентов.

За время наблюдения клиническое прогрессирование было выявлено у 3 больных первой группы и 1 больного второй группы. Выполненная ПЭТ-КТ с ^{11}C холином позволила установить продолженный рост опухоли в ложе удаленной железы у 1 больного первой группы. У остальных трех пациентов было выявлено метастатическое поражение тазовых лимфоузлов. Ни один из пациентов исследуемой когорты не умер за время наблюдения.

Широкое внедрение популяционного скрининга на уровень ПСА привел к резкому росту выявления РПЖ, в том числе среди молодых мужчин. И если онкологические результаты хирургического лечения локализованного РПЖ выглядят оптимистично, то функциональные до сих пор остаются субоптимальными и требуют дальнейшего улучшения. В настоящее время континентность и потенция являются такими же неотъемлемыми показателями успешности РПЭ, как и онкологические показатели [5]. Многочисленные исследования утверждают, что вне зависимости от выбранного доступа (открытый, лапароскопический или робот-ассистированный) онкологические результаты сопоставимы. При этом малоинвазивные способы достоверно снижают степень хирургической травмы, объем кровопотери и частоту гемотрансфузии и, как следствие, снижается койко-день, длительность катетеризации и реабилитационный период [2].

В настоящее время роботизированные РПЭ с применением системы Da Vinci® показывают наиболее высокие результаты по функциональным показателям. Однако высокая себестоимость операций значительно препятствует широкому внедрению данной техники в клиническую практику. Согласно последним данным, представленным на ежегодном конгрессе урологов в 2018 году в Копенгагене, в развивающихся странах внедрение системы Da Vinci® экономически нецелесообразно [1].

Успешное достижение функциональных результатов во многом определяется качественной визуализацией в ходе оперативного вмешательства. В этом контексте использование традиционной 2D лапароскопии, не дающей чувства глубины, затрудняет манипуляцию инструментами, особенно в ходе реконструктивного этапа. Это также является причиной достаточно длинной кривой обучения молодых хирургов.

Внедрение 3D лапароскопии в клиническую практику было призвано улучшить пространственную ориентацию в ходе вмешательства и сократить кривую обучения без значимого удорожания стоимости операции. В ранних исследованиях действительно были показаны преимущества в скорости обучения молодых специалистов на симуляторах и тренажерах. Однако в более поздних работах получены противоречивые данные как по параметрам обучения хирургов, так и непосредственно по результатам применения 3D лапароскопических систем в реальной хирургической практике. 3-D системы не лишены недостатков - ряд работ демонстрируют, что хирурги, работающие на 3D системах, нередко страдают от головной боли и тошноты в ходе хирургического вмешательства. При этом данная проблема до сих пор остается нерешенной и в определенной степени ограничивает широкое применение указанных установок.

Выводы. В нашем исследовании проведенный анализ наглядно демонстрирует, что по ранним онкологическим и функциональным результатам, так же, как и по частоте и тяжести послеоперационных осложнений, достоверных различий в зависимости от используемой лапароскопической установки нет. Преимущество 3D визуализации реализуется на этапе реконструктивного этапа формирования пузырно-уретрального анастомоза, что закономерно приводит к сокращению затрачиваемого на этот этап времени и уменьшению общей продолжительности операции. Также выявлены достоверные преимущества стереоскопической системы по объему интраоперационной кровопотери, что, вероятно, связано с лучшей визуализацией кровеносных сосудов.

Вместе с тем, наша пилотная работа имеет ряд существенных ограничений, т.к. носит ретроспективный характер и основана на сравнительно коротком периоде наблюдения. Требуется дополнительные проспективные рандомизированные исследования, анализирующие значительный клинический материал с длительным периодом послеоперационного ведения.

Список литературы

1. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Copenhagen 2018. ISBN 978-94-92671-01-1.
2. Hakimi AA, Feder M, Ghavamian R. Minimally invasive approaches to prostate cancer a review of the current literature. *Urol J.* 2007;4:130–7.
3. Patel VR, Sivaraman A, Coelho RF, et al. Pentafecta: a new concept for reporting outcomes of robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2011;59(5):702–7. doi:10.1016/j.eururo.2011.01.032
4. Dindo D, Demartines N, Clavien P. Classification of surgical complications. *Ann Surg.* 2004;240:205–13. doi:10.1007/978-1-4471-4354-3_3
5. Schroeck FR, Krupski TL, Sun L, et al. Satisfaction and regret after open retropubic or robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2008;54:785–93. doi:10.1016/j.eururo.2008.06.063

НАҚШИ ФИБРОКОЛОНОСКОПИЯ ДАР ПЕШГИРӢ ВА МУАЙЯН НАМУДАНИ САРАТОНИ РӢДАИ ҒАҒС

Боронов С.Н., Ҳакимов С. Қ, Маҳмадов Б. Р.

Шуъбаи ташхиси даруннигарии Маркази миллии ташхису табобат ва таълимӣ (директор Боронов С. Н)
ш. Душанбе

Муҳимияти мавзӯ: Мувофиқи маълумотҳои Ташкилоти Умумиҷаҳонии тандурустӣ (ТУТ) бемориҳои саратонӣ баъд аз бемориҳои дилу рағҳои хунгард ҳамчун сабаби ғавти одамон дар ҷои дуҷум меистанд. Умуман ҳамасола аз ин бемориҳо қариб 13% -и аҳоли нобуд мешаванд, ки ин нишондод сол аз сол зиёд шуда истодааст. (3)

Дар байни бемориҳои саратонӣ бошад, дар ҷаҳон ҷои аввалро саратони шуш, ҷои дуҷум – саратони ғадудҳои ширдеҳ ва сеюмро саратони рӯдаи ғағс мегиранд. (3) Дар Ҷумҳурии мо бошад, дар ҷои аввал саратони ғадудҳои ширдеҳ ва гарданаки бачадони занон, дар ҷои дуҷум пӯст ва сеюм узвҳои ҳозима (меъда ва рӯдаи ғағс) мебошанд.

Мақсади тадқиқот: Нишон додани нақши фиброколоноскопия дар пешгирии ва муайян намудани бемориҳои саратонии рӯдаи ғағс.

Мавод ва усули тадқиқот: Бо истифодаи таҷҳизотҳои муосири имрӯза – томографияи компютерӣ, томографияи магнитӣ-резонансӣ, эндосонография, ташхисҳои нурӣ, даруннигарӣ, видеодаруннигарӣ ва ғ. ташхиси ин бемориҳо осон гаштааст. Хушбахтона имрӯз чунин таҷҳизотҳо қариб дар ҳама минтақаҳои Ҷумҳурии мо қор ва фаъолият менамоянд.

Дар шуъбаи ташхиси даруннигарии (ШТД) Маркази миллии ташхису табобат ва таълимӣ (ММТТТ) бемориҳои саратонии сурхрӯда, меъда, рудаҳои 12 ангушта ва ғағс, роғҳои нафас муайян карда мешаванд ва асосан ба Маркази илмӣ саратоншиносӣ (МИС) ва дигар муассисаҳои табобатӣ-пешгирии (МТП)-ии шаҳри ноҳияҳои равона карда мешаванд. Имрӯз мо дар бораи бемориҳои саратонии рӯдаи ғағс, ки дар ин шуъба бо таҷҳизоти видеоколоноскопи фирмаи Пентакс (Япония) дар солҳои 2014-2018 муайян карда шудаанд, маълумот медиҳем. Қайд намудан зарур аст, ки ҳар як бемор дар компютер ба қайд гирифта шуда,

ба худи беморон сабти видеои рафти тадқиқ дар диск пешниҳод карда шудаанд, ҳамчунин бемор аз тарафи кадом мутахассисон ва МТП-й равона карда шудаанд ва ба кадом муассиса равона карда шудаанд, ба қайд гирифта мешаванд. Робита ва ҳамкорӣ бо МИС хуб ба роҳ монда шудааст.

Чадвали №1. Нишондодҳои шумораи беморон, ректо-сигмо-колоноскопияҳо ва беморони муайяншуда дар 5 соли охир дар ШТД:

	2014	2015	2016	2017	2018	Ҳамагӣ
Беморони дар шубба кабулшуда	3123	2608	2357	1846	1800	11734
Ректо-сигмо-колоноскопия	287 (9,2%)	380 (14,6%)	410 (17,4%)	416 (22,5%)	379 (21,0%)	1872 (15,9%)
Омосҳои нексифат	6 (0,2%)	25 (0,9%)	12 (0,5%)	12 (0,7%)	14 (0,8%)	69 (0,4%)
Омосҳои бадсифат	20 (0,6%)	17 (0,7%)	16 (0,7%)	26 (1,4%)	22 (1,2%)	101 (0,9%)
Ҳамагӣ беморҳои саратонӣ	26 (0,8%)	42 (1,6%)	28 (1,2%)	38 (2,1%)	36 (2,0%)	170 (1,4%)

Аз 11734 эҳтиёҷманд дар 170 (1,4%) ҳолат беморҳои саратонӣ муайян карда шудаанд. Мардҳо 91 н (53,5%) ва занҳо 79 н (46,5%), синну сол аз 6 (ҳолатҳои полипи роstrӯда) то 81 соларо ташкил мекунанд. Ҳамасола шумораи умумии эҳтиёҷмандон ба шубба кам шуда бошанд ҳам, ки ин аз кушодашавии бемористону дармонгоҳҳои давлативу хусусӣ ва таъминоти онҳо бо таҷҳизотҳои даруннигарӣ вобаста аст, шумораи ректо-сигмо-колоноскопия зиёд шуда, дар радифи он муайянкунии беморҳои саратонӣ низ зиёд шуда истодааст. Ин раванд боз як далели зиёд шудани беморҳои саратонии узвҳои ҳозима мегардад.

Чадвали №2. Ҷойгиршавии омосҳои нексифат:

Роstrӯда ва маъқад		Рӯдаи сигма-шакл		Рӯдаи поёнрав		Рӯдаи кунда-ланг		Рӯдаи болорав		Ҳамагӣ	
Шумора	%	Шумора	%	Шумора	%	Шумора	%	Шумора	%	Шумора	%
49	71,0	10	14,5	3	4,3	2	2,9	5	7,3	69	100

Чадвали №3. Ҷойгиршавии омосҳои бадсифат:

Роstrӯда ва маъқад		Рӯдаи сигма-шакл		Рӯдаи поёнрав		Рӯдаи кунда-ланг-шакл		Рӯдаи болорав		Ҳамагӣ	
Шумора	%	Шумора	%	Шумора	%	Шумора	%	Шумора	%	Шумора	%
77	76,2	13	12,95	4	3,95	2	1,95	5	4,95	101	100

Қайд намудан зарур аст, ки аз 3/2 хиссаи ҳам омосҳои нексифат ва ҳам омосҳои бадсифат дар роstrӯда вомахӯранд ва аз 77 ҳолатҳои дар роstrӯда муайяншудаи омосҳои бадсифат 8 тоаш дар маъқад, ва 21-тоаш дар кунҷи ректосигмоидали ҷойгир шуда буданд. Дар ҳамаи ҳолатҳои муайяншуда биопсия гирифта шудааст, танҳо дар 2 ҳолат зарурати биопсияи такрорӣ пеш омад. Ҳамаи биоптатҳо ба озмоишгоҳи ситоморфологии МИС равона карда шудаанд, ки ташхисҳои гузоша тасдиқи худро ёфтанд.

Хулоса: Нишондодҳои муайяншударо дар назар гирифта ба хулоса омадан мумкин аст, ки саҳми ректо-сигмо-колоноскопия дар муайян намудан ва ташхисгузори беморҳои саратонӣ хеле бузург мебошад, чунки дар ҳолати дар марҳилаҳои аввали пайдоиши онҳо дарёфт намудан, онро пурра бартараф намудан мумкин мешавад. Мутаассифона қариб ҳамаи беморони ба мо мурочиатнамуда дар марҳилаҳои на камтар аз 2-юми беморӣ мебошанд, ки новобаста ба ин қадре ҳам бошад ба онҳо мадад расонидан мумкин аст, ки боиси дарозтар намудани зиндагии онҳо мешавад. Ба ақидаи мо ҳангоми зиёдтар дар бар гирифтани аҳоли ба ин намуди ташхис (асосан дар синни аз 50 сола боло) бо роҳи гузаронидани скрининг, дар марҳилаҳои аввали пайдоиши онҳо ва ташхисгузорӣ намудани беморҳои саратонӣ хеле осон мегардад ва барои табобати саривақтии онҳо мусоидати хуб менамояд, ки ин як дастоварди бузург мегардад.

Дар охир баъзе иқтибосҳоро аз шабакаи Интернет пешниҳодатон мегардонем, ки онро мутолиа намоед ва ба худ хулосаҳои зарурӣ бароред. Зиёда аз 10%-и одамон бо ташхиси муайяншудаи саратон бо сабабҳои иқтисодӣ - надоштани маблағи зарурӣ - аз табобат даст мекашанд. Зиёда аз 20%-и одамон, гумонбар ба беморҳои саратонӣ мебошанд ва шанси табобати пурраро доранд, аз ба табибон мурочиат намудан метарсанд, баъзе аз олимони машҳури соҳаҳои тиббии имрӯза дар ин нуқтаи назаранд, ки нишондодҳои омории беморҳои саратонӣ ба сеяк ҳисса кам нишон дода мешаванд, то ки он боиси воҳимаи мардум нагардад. Нархи табобати беморҳои имрӯз дар Олмон ва Исроил (мамлакатҳои пешрафтаи ҷаҳон дар табобати ин беморҳо) ба ҳисоби миёна аз 20 то 50 ҳазор доллари амрикоӣ меистад. Ягон мамлақати дунё хароҷоти пурраи табобати беморҳои саратониро пӯшонидан наметавонад ва барои он суғуртаи тиббӣ, маблағи худи бемор ва одатан ҳешу табори он истифода карда мешаванд. (3)

Наздиқ ба 30%-и аҳолии ҷаҳон ташхис- саратон мегиранд. 70%-и боқимонда то саратон нарасида, аз дигар беморҳои мефавтанд. Ва аз 30% беморҳои саратонӣ зиёда аз 20%-ашон дар муддати то 5 сол мефавтанд. (3)

Адабиёт

1. Ч. Мейерхардт, М. Сандерз. Саратони рӯдаи ғафс. Рид Элсивер. С.2009
2. Александрова Л.М., Чиссов . И., Давидов М. И., Онкология. Дастурамали милли. ГЭОТАР-Медиа, с. 2013
3. Шабакаи ҷаҳонии Интернет.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

Газиев З.Х., Ёров Ё.Б., Тошев Ш.А., Кобилов И.И.

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность темы. Несвоевременная диагностика и промедление с выполнением повторного оперативного вмешательства является одной из причин высокой летальности (18-68%) при послеоперационном перитоните [5]. В свою очередь, количество неоправданных релапаротомий достигает 0,6–17 %. Процесс затруднения ранней диагностики возникает из-за вполне объяснимых причин. Это объективные причины: в раннем послеоперационном периоде использования антибактериальных и анальгетических препаратов, проведением интенсивной многоцелевой терапии, так и субъективные: наличие психологического негативизма хирурга и пациента к повторной операции [1,3]. По данным зарубежной литературы считается, что наибольшее число повторных оперативных вмешательств проводится по поводу развившегося или продолжающегося послеоперационного перитонита [4]. Таким образом, из общего числа всех послеоперационных осложнений на органах брюшной полости послеоперационный перитонит, сопровождающийся летальностью, составляет от 50 до 86%. [2]. Такие высокие цифры летального исхода, в основном, обусловлено поздней диагностикой. Одновременно, на стертость клиники перитонита оказывает интенсивная послеоперационная терапия, включающая анальгезию, использование антибактериальных препаратов и вливание инфузий. Инструментальные методы диагностики перитонита, такие как рентгенологический, ультразвуковая диагностика и компьютерная томография, позволяют диагностировать перитонит, но в большей части они выявляют его причину возникновения. В настоящее время лапароскопия является наиболее эффективным методом диагностики перитонита. По информативности и надежности видеоревизия при её меньшей травматичности сравнима со стандартной релапаротомией. Кроме того, в данное время, когда диагноз до операции не вызывает сомнений, проводят лапароскопическое исследование для решения вопроса о возможной лапароскопической ликвидации источника перитонита, ее адекватной санации и контролем за состоянием брюшной полости в динамике [6].

Цель исследования: определить роль лапароскопии в диагностике и лечении послеоперационного перитонита.

Материал и методы исследования. В основу настоящего исследования положен опыт комплексной диагностики и хирургического лечения 32 пациентов с ПП, находившихся на лечении в ГУ Городского медицинского центра №2 имени академика К. Таджиева г. Душанбе с 2005 по 2015 гг. В своих наблюдениях послеоперационная лапароскопия была выполнена у 32 пациентов и в 6 наблюдениях она позволила установить диагноз распространенного послеоперационного перитонита и поставить показания к релапароскопии. В 26 (81,2%) случаях диагностическая лапароскопия эффективно трансформировалась в лечебное пособие. Необходимо отметить, что видеолaparоскопия, в 4 наблюдениях была выполнена после осложнения видеолaparоскопической холецистэктомии (n=2) и ушивания перфоративной язвы (n=2), в итоге осложнившейся ПП. В остальных 22 наблюдениях видеолaparоскопия выполнялась после лапаротомных вмешательств. При выполнении релапароскопии важное значение придавали технике выполнения лапароскопии. Наиболее ответственным моментом в выполнении лапароскопии, после выполнения лапаротомных доступов, является пункция и введение первого троакара.

В своих исследованиях использовали следующие способы пункции брюшной полости (табл. 1).

Таблица 1

Методы пункции брюшной полости при ПП (n=32)

Методы пункции	Количество	%
«открытая» лапароскопия по Hassam	15	46,9
Релапаротомия через лапаротомную рану (минилапаротомия)	6	18,7
Лапароскопия через установленные дренажи (фистулы)	7	21,9
Релапароскопия через прежние троакарные входы	3	9,4
Релапароскопия через новые троакарные входы	1	3,1
Всего	32	100,0

Наиболее часто повторное пункционное входение в брюшную полость осуществляли методом «открытой» лапароскопии по Hassam (n=15). В 6 наблюдениях для этого эффективно использовалась срединная лапаротомная рана после снятия нескольких швов. В 7 случаях лапароскопия выполнялась через установленные дренажи. Для осуществления релапароскопии в 3 наблюдениях использовали прямые троакарные входы, и лишь в одном случае релапароскопия осуществлялась через новый троакарный вход.

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении лапароскопии в послеоперационном периоде по поводу ПП согласно данным литературы, придерживались следующих этапов:

- Обзорная лапароскопия;
- Определение источника перитонита;
- Проведение детальной ревизии брюшной полости;

После введения в брюшную полость видеокамеры выполнялась обзорная лапароскопия и оценивалось состояние брюшной полости по следующим критериям:

- Количество выпота в брюшной полости, его локализация (распространенность перитонита);
- Характер выпота;
- Состояние париетальной и висцеральной брюшины (количество фибриновых наложений и их степень фиксации к брюшине);
- Выраженность пареза кишечника;

- Выраженность спаечного кишечника.

При ПП в 26 наблюдениях, при распространенном ПП (n=10) и местном (n=16) выполнялась видеолапароскопия, санация и дренирование брюшной полости.

Таблица 2

Характер миниинвазивных вмешательств при послеоперационном перитоните (n=26)

Характер вмешательств	Количество	%
Видеолапароскопия. Санация и дренирование брюшной полости	22	84,6
Релапароскопия. Реклепирование пузырного протока. Санация и дренирование брюшной полости	2	7,7
Релапароскопия. Повторное ушивание перфоративных язв	2	7,7
Всего	26	100

Как уже было отмечено, выбор точки безопасного введения первого троакара зависит от характера первичной операции. Из 33 миниинвазивных вмешательств в 2 (7,7%) наблюдениях выполняли релапароскопию с реклепированием пузырного протока и повторное ушивание перфоративных язв желудка и 12 перстной кишки (n=2), санацией и дренированием брюшной полости. В 22 (65,4%) наблюдениях постлапаротомной лапароскопии проводилась санация брюшной полости. Во время выполнения постлапаротомных санаций, одновременно производили видеолапароскопическое удаление фибринового налета (рис. 1,2).

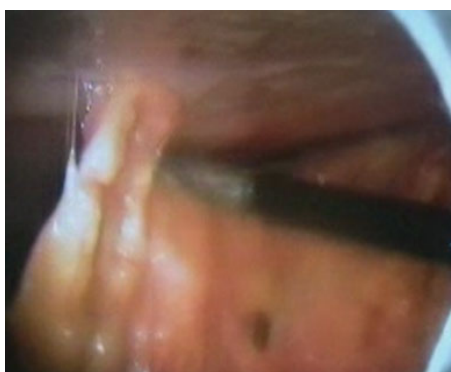


Рисунок 1. - Лапароскопия. Наличие фиброзных наложений



Рисунок 2. - Удаление фиброзных пленок из подпеченочного пространства

Далее брюшная полость промывалась антисептиками в объеме 2-7л (рис. 3)



Рисунок 3. - Лапароскопия. Промывание брюшной полости

Показанием к видеолaparоскопической санации и дренированию брюшной полости при ПП послужила несостоятельность швов сформированных анастомозов (n=8), инфицирование излившейся желчи или крови (n=4), а также прорыв в свободную брюшную полость внутрибрюшных гнойников (n=5).

При лечении ПП, для получения удовлетворительных результатов, важное значение имеет адекватная санация брюшной полости. Успех лечения во многом зависит от адекватной хирургической санации. Максимальное удаление инфекционного компонента увеличивает вероятность более благоприятного исхода при лечении ПП.

Тем не менее, необходимо отметить, что в ряде случаев, во время выполнения повторных вмешательств, произвести адекватную санацию брюшной полости не удается, и возникает необходимость к повторным санациям.

Выводы. Таким образом, использование видеолaparоскопии – позволяет достоверно контролировать течение инфекционного процесса в брюшной полости, осуществить своевременную диагностику послеоперационного перитонита. Применение лaparоскопии, позволяет избежать релaparотомии у ряда пациентов с подозрением на послеоперационный перитонит. У трети больных возможно осуществление адекватной коррекции осложнений с использованием малотравматичных методов: лaparоскопической санацией и дренированием брюшной полости.

Список литературы

1. Барсуков, К.Н. Абсцессы брюшной полости как причина послеоперационного перитонита / К.Н. Барсуков, Г.П. Рычагов // Хирургия. Восточная Европа – М.: 2012. – Т.3, №3 – С. 22-24.
2. Вишневская, А.Н. Вопросы безопасности лaparоскопических операций у пациентов с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями / А.Н. Вишневская, К.В. Стегний, В.Г. Раповка // Тихоокеан. мед. журн.– 2010. – №3. – С.11-12. 16
3. Вишневская, А.Н. Лaparоскопия в лечении послеоперационного перитонита / А.Н. Вишневская, К.В. Стегний, В.Г. Раповка // Тихоокеан. мед. журн. – 2011. – №1. – С.34-36. 15
4. Гарелик, П.В. Ближайшие осложнения и повторные операции после холецистэктомии / П.В. Гарелик // Актуальные вопросы хирургии (Материалы XV съезда хирургов Республики Беларусь) – 2014. – С. 117-118.
5. Гостищев, В.К. Новые возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии / В.К. Гостищев, М.Д. Дибиров, Н.Н. Хачатрян // Хирургия. -2011. -№10.-С. 56-60.
6. Измайлов, С.Г. Лечение распространенного перитонита аппаратным способом этапных санаций брюшной полости / С.Г. Измайлов, М.Г. Рябков, А.Ю. Щукин // Анналы хирургии. - 2010. - №2 - С. 37-42.

ОСТРОЕ ОТРАВЛЕНИЕ ЗМЕИНЫМИ ЯДАМИ: КЛИНИКА, ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ И ЛЕЧЕНИЕ

Гарибшоева Г.Д., Набиев М.Х., Бегаков У.М.

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Введение. Ежедневно, согласно данным ВОЗ, в мире регистрируется до полу миллиона случаев укусов ядовитых змей, смертельные исходы составляют от 30 тысяч до 50 тысяч [1,2]. Укусы ядовитых змей во многих странах мира до сих пор являются бедствием, уносящим ежегодно тысячи жизней, не говоря уже о значительном числе случаев инвалидности [1,3]. На территории Таджикистана из ядовитых змей обитают: среднеазиатская кобра, гюрза, эфа, щитомордник. Наиболее распространенной из ядовитых змей на территории Таджикистана является гюрза – самый опасный представитель этого семейства гадюковых. Яд гюрзы является наиболее токсичным в своей группе, что позволяет рассматривать его в качестве модельного яда. Чрезвычайно сложный химический состав яда гюрзы, включающего главный не ферментный токсин (випротоксин), а также различные ферменты и другие токсины белковой и небелковой природы, определяет многообразие симптомов интоксикации, вовлечение в патологический процесс различных органов и систем организма [1,3].

Материал и методы исследования. В отделении для больных с острыми отравлениями при ГЦЗ №3 88 больных с укусами змеи в возрасте от 15 до 70 лет. Мужчин было 62 (70,5%), женщин 26 (29,5%). При поступлении больных по степени тяжести разделили на три группы: I группа - легкая степень тяжести без оказания помощи на до госпитальном этапе (ДГЭ), 26 больных. II группа - средней степени тяжести (с размерами места укуса на до госпитальном этапе), 29 больных. III группа тяжелой степени (с одновременным размером и наложением жгута на до госпитальном этапе) 33 больных. В группе больных, которым на ДГЭ был наложен жгут, частота распространения отека за границы пораженной конечности составляла 70,5% против 29,5% в группе без наложения жгута. Явная взаимосвязь прослеживается между наложением жгута и размерами ткани на месте укуса с присоединением вторичной инфекции 23% в первой группе, 51,7% во второй группе, 66,6% в третьей группе. Исследовали свертывающую и антисвертывающую системы крови У I группы отмечалось резкое повышение свертываемости крови, затем наступила фаза гипокоагуляции ДВС-синдрома.

Результаты исследования и их обсуждение. Исход отравления змеиным ядом зависит от того, насколько четко и своевременно оказана первая помощь. Зачастую первая помощь при укусах змей оказывается совершенно не правильно. На догоспитальном этапе в прежние времена врачами рекомендовалось перетягивание конечности, укушенной змее. Этот метод отчасти и в настоящее время продолжает фигурировать в справочниках по оказанию первой помощи пострадавшим. В настоящее время этот вид помощи признаётся вредным и опасным. В некоторых районах Таджикистана населением при укусах змей широко применяется тугое перетягивание укушенной ноги или руки жгутом из веревок, платком или тряпкой. Причем это жгут оставляется на ноге или руке на продолжительное время, хотя он не предотвращает поступления яда в организм. При длительном пребывании жгута нарушение кровообращения способствует выделению большого количества гистамина – подобных веществ, обуславливающих развитие токсического шока с развитием в последующем острой почечной недостаточности. Следовательно, жгут, наложенный на пораженную конечность при укусах змеями, оказывает вредное действие. С це-

лью обезвреживания и разрушения змеиного яда, традиционные способы оказания первой помощи укушенным должны быть забыты. К ним относятся: прижигание места укуса раскаленным железом, кипящим маслом, порошком, разрезы в области укуса, введение в зону укуса различных кислот, щелочей, марганцовокислого калия и др. Все эти средства не разрушают яда и не ослабляют его действие на организм, а наоборот усиливают омертвление тканей и общее отравление. Повседневный опыт учит, что от того насколько чётко и быстро была оказана первая помощь пострадавшему, в значительной степени зависит конечный исход отравления змеиным ядом и скорость полного выздоровления.

В порядке оказания первой доврачебной помощи методика выдавливания змеиного яда из ранок является эффективной, если она производится в ближайшие минуты, позже она безуспешна. Для выдавливания необходимо широко захватить место укуса в складки и быстрым нажимом выдавить из раны каплю жидкости, после чего ранка становится зияющей и из нее необходимо отсосать ртом кровь (это не рекомендуется делать, если нарушена целостность слизистых оболочек полости рта), сплюнуть слюну и хорошо прополоскать рот водой. Укушенную конечность по возможности следует иммобилизовать (как при переломе костей) любыми подручными средствами. Иммобилизация пораженной конечности значительно задерживает распространение яда от места укуса и действительно ослабляет степень отравления змеиным ядом. Больные, укушенные змеями, должны быть уложены. Транспортировать больных, укушенных змеями, нужно только в лежачем положении. Во всех случаях отравления змеиным ядом необходима госпитализация. При оказании помощи на догоспитальном этапе категорически запрещено рассечение и прижигание места укуса, наложение жгута на пораженную конечность. Известно, что легкая перетяжка нарушает венозное кровообращение и отток лимфы, а тугая - артериальное кровообращение, что часто ведет к развитию тяжелых последствий.

Проводят циркулярную новокаиновую блокаду выше места укуса. С обезболивающей целью использовали промедол, трамадол, анальгин, оксibuтират натрия, наряду с этим применяли антигистаминные препараты. Основным мероприятием неотложной помощи являются введение специфической моно или поливалентной сыворотки. Противозмеиная сыворотка применяется при укусах змеями и оказывает специфическое и неспецифическое обезвреживающее действие. Поливалентная противозмеиная сыворотка вводится в дозе 500 – 1000ЕД внутримышечно, в тяжелых случаях повторно. Наилучший эффект наблюдается при ее применении в первые сутки после укуса независимо от вида змеи.

Кроме того во всех случаях при укусе змеями показано введение противостолбнячной сыворотки с профилактической целью (1500–3000МЕ). Детоксикационное лечение состоит в проведении форсированного диуреза в течение 2-3 суток. При определении тяжелого токсикоза, особенно у детей, показана гемосорбция, а в редких случаях печеночно-почечной недостаточности гемодиализ в сочетании с гемосорбцией, плазмаферезом и ГБО. Определенный детоксикационный эффект достигается при внутривенном введении раствора альбумина, реамбрин, реосарбилакта и гемодеза. Для профилактики и лечения интоксикационных осложнений обычно назначают антибиотики. Лечение местных поражений состоит в иммобилизации пораженной конечности, локальной гипотермии, наложении антисептических повязок с мазью Вишневского. При необходимости проводится некрэктомия, способствующая санированию места укуса. Среди средств симптоматической терапии особое место занимает гепарин до 15000ЕД/сут, который кроме известного детоксикационного действия, обеспечивает профилактику и лечение тромбгеморрагического синдрома. Необходимым средством патогенетического и симптоматического лечения является преднизалон (до 500мг/сут), а также антигистаминные препараты (пипольфен, супрастин, димедрол), обезболивающие средства. При укусе кобры, кроме того, вводят специфическую противоядную сыворотку при необходимости у 20 больных применяли искусственную вентиляцию легких.

Лечение отека конечности при укусах змей при оказании первой помощи, при которой был наложен жгут конечность была увеличена в размере 1,5 – 3 раза по сравнению со здоровой, на ощупь конечность была деревянистой плотности. Удаление токсической отечной жидкости производили разрезами - насечками в шахматном порядке длиной 3-4см (в пределах кожи и подкожной клетчатки до фасции) с последующим наложением повязки с раствором фурациллина. В последующие дни отеки быстро проходили. Послеоперационные раны после исчезновения отеков смыкались и быстро заживали, оставляя лишь незаметные подвижные рубцы. Основной профилактикой отравления является соблюдение известных мер предосторожности в местах обитания ядовитых животных. Ретроспективный анализ случаев укусов змей выявил, что ошибочные действия при оказании первой помощи – наложение жгута, разрез и прижигание места укуса яда в 62,5% случаях способствовали развитию осложнений (турникетный и экзотоксический шок, выраженная коагулопатия, присоединение вторичной инфекции, распространение отека выше границ пораженной конечности) и ухудшению прогноза отравления.

Таким образом, интенсивная терапия больных, отравленных змеиными ядами, должна быть направлена на удаление невсосавшегося яда из организма с применением специфических сывороток против укусов змей на фоне симптоматической терапии. Детаксикационное лечение состоит в проведении форсированного диуреза в течение 3-5 суток, при тяжелом токсикозе показана гемосорбция, плазмаферез, гемодиализ, ГБО.

Список литературы

1. Гарбишоева, Д.Г. Укусы ядовитыми змеями (клиника, первая помощь, лечение) / Д.Г. Гарбишоева, Р.Ш. Нурмамадов // Методические рекомендации. - Душанбе, 2010. - 24с.
2. Лужников, Е.А. Физиогемотерапия острых отравлений / Е.А. Лужников, Ю.С. Гольдфарб, С.Г. Мусселиус. – Москва, 2002. - 223с.
3. Острые отравления. Руководство для врачей. - Москва, 2008. - 240 с.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПАЛЬЦЕВ СТОПЫ НА КИСТЬ У ДЕТЕЙ

Голяна С.И., Тихоненко Т.И.

ФГБУ НИДОИ им. Г.И. Турнера, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. К настоящему времени разработано большое количество методов оперативного лечения, конечной целью которого является восстановление функции и косметического состояния кисти. Одним из наиболее перспективных методов восстановления пальцев кисти по-прежнему является свободная аутоотрансплантация пальцев стопы, так как только она может обеспечить подвижность, чувствительность, продолжение роста, хороший внешний вид восстанавливаемого сегмента. Все чаще эта операция применяется у детей, как с врожденными, так и с приобретенными деформациями кисти. Результаты данного метода лечения зависят от многих моментов, как самой операции, так и послеоперационного ведения больных. Чем больше опыт, тем больше возникает вопросов, на которые необходимо искать ответы.

Цель исследования. Определить эффективность метода микрохирургической аутоотрансплантации пальцев стоп в позицию пальцев кисти у детей с врожденной и приобретенной деформацией кисти.

Материал и методы исследования. За период с 1988 по 2018 годы на отделении реконструктивной микрохирургии и хирургии кисти института им. Г.И.Турнера произведено 1170 операций микрохирургической пересадки пальцев стопы на кисть у детей с врожденной и приобретенной патологией кисти.

Исходы лечения изучены в сроки от 1 до 15 лет после операции. Косметический эффект оценивали на основании удовлетворения лечением пациента или его родителей. Функциональный результат определяли по возможности выполнения 6-ти основных видов схвата. Восстановление чувствительности исследовали методом дискриминационного теста Вебера и пробы с нингидрином Моберга. Для оценки степени функциональных нарушений стопы проведено биомеханическое исследование, включающее плантографию, фазовую характеристику шага, определение проекции центра тяжести и распределения нагрузок на стопы. Кровообращение оценивали с помощью реовазографии и фотоплетизмографии. Методом рентгенометрии изучили состояние ростковых зон фаланг трансплантатов и темпы роста последних в позиции пальцев кисти.

Результаты исследования и их обсуждение. Важнейшими критериями, обеспечивающими первичный результат (приживление пальцев в реципиентной зоне) является топографическая анатомия сосудов, обеспечивающих кровообращение в трансплантате, правильное выделение данных сосудов и выбор артерии и вены на кисти для «подключения» трансплантата. В последние годы мы убеждаемся в том, что общепринятая анатомия сосудистого русла 2-го пальца стопы, который обычно используется для пересадки в позицию пальца кисти, встречается все реже и реже. Чаще мы наблюдаем нестандартную топографию основных сосудов, кровоснабжающих палец. Кроме того, если раньше мы считали достаточным выделять одну или (в крайнем случае) две артерии, участвующих в кровоснабжении пальца, то теперь выделяем все артерии.

Исследование кровообращения в отдаленные сроки после лечения (от 5 мес. до 4 лет) показало, что кровенаполнение артериального русла трансплантата в среднем увеличивалось на 63%, а венозного - более чем в 2 раза, периферическое сосудистое сопротивление и тонус вен (ДКИ и ДСИ) также увеличивались в среднем в 1,5 раза. Однако, при сравнении этих показателей с пальцем кисти было отмечено, что интенсивность кровообращения в трансплантате все-таки ниже. Данные электромиографии показали, что после восстановления функционально активного большого пальца кисти у детей с последствиями травмы электрическая активность мышц в большинстве случаев нормализовалась. Исключение составляли тяжелые последствия травмы, когда имело место разрушение сухожильно-мышечного аппарата и реконструкция полноценных сегментов, являлась трудной задачей.

При анализе данных рентгенометрии трансплантатов выявились 3 группы пациентов: с ускорением темпа роста (36,9%); с сохранением исходного роста (28,3%) и с замедлением роста трансплантатов (34,8%). Оказалось, что в случаях изначальной гипотрофии или дистрофии ростковых зон большинство сегментов замедлили, либо сохранили исходные темпы роста. А в 19% случаев мы наблюдали активизацию зоны роста после микрохирургической пересадки на кисть, что, вероятно, было следствием изменения условий кровоснабжения и иннервации трансплантатов.

Выводы. При оценке исходов лечения больных выявили, что хорошие и отличные результаты получены в 82,8% при лечении детей с последствиями травмы кисти, тогда как у детей с врожденной патологией они составили только 66,7%. Это средние показатели, вычисленные за указанный период работы. В последние годы с накоплением опыта и совершенствованием методики лечения процент хороших результатов, несомненно, возрос, поэтому нельзя останавливаться на достигнутом.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО СФИНКТЕРА У ЖЕНЩИН

¹Гулзода М.К., ^{1,2}Иброхимов Ю.Х., ²Кахарова Р.А., ¹Абдуллоева Ф.Б.

¹Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

²Учреждение «Хозрасчетный центр колопроктологии», г. Душанбе

Актуальность. Коррекция больных с недостаточностью анального сфинктера (НАС) по сей день остается одной из серьезных проблем в колопроктологии [1,3]. Травмы наружного анального жома различного генеза в 70-75% случаев являются причиной развития инконтиненции [2,6]. К наиболее частым причинам развития НАС относят акушерские травмы [1]. По данным [2,4], у 3-30% женщин после родов встречается недостаточность сфинктера. Причем послеродовая НАС встречается у первородящих в 9-10 раз чаще. По статистике, после перенесенных хирургических операций на дистальной части прямой кишки и области промежности анальная инконтиненция

возникает в 35–50% случаев [1,5,7]. Наиболее частой причиной развития послеоперационной недостаточности является неправильный выбор способа операции, произведенной по поводу парапроктита [2,4,6]. Выбор хирургического вмешательства, в основном, зависит от локализации и объёма дефекта порции наружного анального жома, а также и рубцового процесса [1,4,5]. По сей день существует более 50 способов хирургической коррекции анальной недостаточности [1-4], а рецидив заболевания составляет в 30–40% случаях [2,6,7]. Поиск путей улучшения результатов хирургического лечения пациентов с НАС определяет актуальность проблемы.

Цель исследования. Оценить результаты хирургической коррекции недостаточности анального сфинктера различного происхождения у женщин.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 64 пациенток, страдавших недержанием анального жома II-III степени, в возрасте от 18 до 66 лет, которые получили хирургическое лечение в Учреждении «Хозрасчетный центр колопроктологии» г. Душанбе за период с 2010 по 2018 гг. Средний возраст пациенток составил $35,5 \pm 2,5$ лет. Основной причиной анальной недостаточности у 41 (64,1%) больной явились послеродовые травмы, у 18 (28,1%) - операции на дистальном отделе прямой кишки и промежности. У 5 (7,8%) пациенток недостаточность развилась после травматических повреждений прямой кишки и промежности. Во избежание непроизвольного акта дефекации в 78% случаев больные вызывали у себя запоры. Опорожнение кишечника в последующем осуществляли слабительными средствами или очистительными клизмами.

Всем больным в предоперационном периоде было проведено комплексное обследование: клинико-лабораторные методы, пальцевое исследование, аноскопия, сфинктерометрия, колоноскопия и ТРУЗИ. Несмотря на то, что при повреждении наружного анального жома во время родов немедленно восстанавливается целостность сфинктера, не мало встречается и функциональных нарушений запирающего аппарата. По нашим наблюдениям, у более 50% женщин после данного вмешательства формируется стойкое нарушение функции сфинктера, которое подтверждается при помощи ТРУЗИ.

Результаты исследования и их обсуждение. Тяжелые повреждения мышц тазового дна такие, как послеродовые разрывы промежности III степени, а также возникшее следствие проводимых оперативных вмешательств по поводу проктологических патологий или посттравматического генеза, обычно приводят к стойкому недержанию анального жома. С целью коррекции анальной инконтиненции нами проводилась у 27 (42,2%) больных сфинктеролеваторопластика, у 19 сфинктеропластика, что составляет 29,7% случаев, и операция сфинктеролеваторопластика в сочетании с ликвидацией ректоцеле у 18 (28,1%) пациенток. У 3 (4,7%) пациенток при выраженной рубцовой деформации промежности сфинктеролеваторопластика сочеталась с кожной пластикой промежности. Хирургическое вмешательство у 53 пациенток проводилось под спинномозговой анестезией (СМА), 11 больным СМА сочеталась с внутривенным наркозом. С целью профилактики развития трофических нарушений наружного анального сфинктера, а также для адаптации ее к функции, нами применена электростимуляция данной мышцы, начиная с десятого дня после операции в течение 6 месяцев. Больным был назначен строгий постельный режим, безшлаковая диета, антибиотики широкого действия, инфузионная терапия, анальгетики. В раннем послеоперационном периоде у 3 (4,7%) пациенток наблюдалось нагноение раны. У 2 из них наблюдался рецидив недостаточности анального жома, что составляет 3,1% случаев. У остальных пациенток получены удовлетворительные функциональные результаты, которые подтверждались ультрасонографией и сфинктерометрией.

Выводы. Коррекция анальной инконтиненции у пациентов является сложной задачей, для этого необходимо улучшение техники выполнения операции в условиях специализированных учреждений с внедрением новых методов хирургического лечения. В ранние сроки после полученной родовой травмы, целесообразно выполнение хирургической коррекции в объёме сфинктеропластики, а пожилым больным и в более поздние сроки операция сфинктеролеваторопластики с ликвидацией ректоцеле.

Список литературы

1. Результаты хирургического лечения у больных полной недостаточностью анального сфинктера/ Г.И. Воробьев и др.// Коло-проктология. -2007. -№20.
2. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л., Белоусова Е. -Колопроктология. -М.: ГЭОТАР-Медиа.-2011.
3. Office-based management of fecal incontinence/ V.C. Costilla A.E. et al. / Gastroenterol Hepatol //-2013.-Vol. 9. P.423-433.
4. Fecal incontinence in primary care: prevalence, diagnosis, and health care utilization/G.C. Dunivan et al// Am J Obstet Gynecol. -2010. -Vol.202. –P. 491-6.
5. Hayden D.M. Fecal incontinence: etiology, evaluation, and treatment/D.M. Hayden, E.G. Weiss// Clin Colon Rectal Surg. -2011.-Vol 24. –P.64-70.
6. Fecal incontinence after obstetric anal sphincter injuries/ M. Huebner et al// Int J Gynaecol Obstet. -2013. -Vol. 121. – P.74-77.
7. Direct sphincter repair: techniques, indications and results/ S.A. Laalim et al. // Pan Afr Med J. -2013. –Vol.14. –P.11.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АНАЭРОБНОГО ПАРАПРОКТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ФЛЕГМОНОЙ ФУРЬЕ

¹Гулзода М.К., ^{1,2}Иброхимов Ю.Х., ²Кахарова Р.А., ¹Зубайдов Т.Н.

¹Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, Таджикистан

²Учреждение «Хозрасчетный центр колопроктологии», г. Душанбе

Актуальность. Острый парапроктит является самым часто встречаемым заболеванием в экстренной проктологии, а удельный вес пациентов среди других патологий аноректальной области составляет 20-45% [1,2,5]. Ост-

рый анаэробный парапроктит и его осложнения являются одной из тяжелых форм заболевания. Возбудителями анаэробной инфекции являются как спорообразующие (кlostридиальные), так и неспорообразующие (некlostридиальные) анаэробы [2,5,7]. Согласно исследованиям [1,5,6] анаэробный парапроктит и его осложнения часто развиваются у пациентов с сахарным диабетом, т.е. вследствие снижения иммунологической резистентности организма, тяжелых нейро-сосудистых заболеваний, голодания, аутоиммунных нарушений, переохлаждения, длительного приема стероидных и гормональных препаратов и других факторов [3,4,7]. Острый анаэробный парапроктит и его осложнения угрожают жизни пациента, при котором уровень смертности составляет 15-40%, а при распространении некротического процесса в забрюшинном пространстве достигает 100%, что в основном обусловлено сепсисом [4-6]. Несмотря на то что методы диагностики и лечения острых анаэробных парапроктитов и его осложнений быстро совершенствуются, уменьшение частоты рецидивов и развития послеоперационных осложнений на сегодняшний день остается актуальной проблемой.

Цель исследования. Оценить результаты лечения острого анаэробного парапроктита осложненной флегмоной Фурнье.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в Хозрасчетном центре колопроктологии города Душанбе в период с 2009 по 2018 годы наблюдалось 7 больных, у которых флегмона Фурнье развивалась вследствие острого анаэробного парапроктита. Все пациенты были в возрасте от 41 до 70 лет (в среднем 52,5 лет). Характер инфекции подтверждался результатами бактериологического исследования. Из анамнеза давность заболевания составила 2-3 дня, причем процесс быстро распространялся из параректальной области до мошонки и далее. У 3-х пациентов из сопутствующих заболеваний диагностирован сахарный диабет, у двух патология сердечно-сосудистой системы, а у остальных сопутствующей патологии не выявлено. Все пациенты в стационар поступили в тяжелом и крайне тяжелом состоянии с суммой баллов 13 и более по шкале SAPS. У них были выражены симптомы интоксикации, с зонами некроза и скопления газа в пораженных участках, а также выделение гноя из ран со зловонным неприятным запахом. Пациентам было проведено комплексное обследование: клиничко-лабораторные методы, исследование перекисное окисления липидов, бактериологическое исследование, морфологическое исследование, УЗИ и другие.

Результаты исследования и их обсуждение. Все больные прооперированы под наркозом через два часа после госпитализации. Ежедневно перевязки выполнялись под внутривенным наркозом. После широких лампасных разрезов провели тщательную ревизию раны, чтобы определить объем пораженных мягких тканей и выявить возможные гнойные полости и затеки. При этом дополнительными разрезами вскрывали затеки на нижней конечности, области промежности, ягодицах, крестце и передней брюшной стенке. Затем проводили некрэктомию, суть которой заключалась в тщательном удалении всех нежизнеспособных тканей кожи, подкожной жировой клетчатки, фасций и мышц. Ликвидация внутреннего отверстия во время операции при этом считалась нецелесообразной, из-за большого объема хирургического вмешательства, а также генерализации процесса у этих пациентов. Санацию раны проводили 3% раствором перекиси водорода и 0,2% раствором перманганата калия. Раны между собой дренировали резиновыми дренажами и салфетками, пропитанными бензойной мазью, которая имеет некролитическое свойство. Перевязки ежедневно выполнялись под внутривенным наркозом. После принятия ванны раствором перманганата калия выполняли санацию раны, а 80% пациентам при распространении анаэробного процесса потребовались неоднократно повторные хирургические вмешательства. Больные получили: антибактериальную, инфузионно-трансфузионную, общеукрепляющую, симптоматическую терапию, противогангренозную сыворотку и гипербарическую оксигенацию. В раннем послеоперационном периоде скончался один пациент на фоне распространения анаэробного процесса в мошонку и забрюшинном пространстве. Наложение вторичных кожных швов или выполнение местной пластики дефектов кожи мошонки и бедра выполнено 2 пациентам.

Выводы. Применение хирургической тактики лечения флегмоны Фурнье, развившейся на фоне острого анаэробного парапроктита должно носить опережающий характер с максимально полным иссечением некрозов до здоровых тканей, аэрация раны, а также с применением антибиотиков, дезинтоксикационной терапии и противогангренозной сыворотки, что позволяет улучшить результаты лечения пациентов с данной патологией. Летальность больных острым анаэробным парапроктитом, осложненным гангреной Фурнье, по нашим данным, за десятилетний период составила 14,3%; n=1, при поступлении у которого были отмечены высокие показатели по шкале SAPS (более 13).

Список литературы

1. Лечение гнилостных форм острого парапроктита/ С.И Евушенко с соавт.// Актуальные проблемы современного практического здравоохранения: материалы XXI Междунар. науч.-практ. конф., посвящ. памяти академика Н. Н. Бурденко. – Пенза. -2016. - С. 123-124.
2. Егоркин М.А. Гангрена Фурнье и анаэробный парапроктит - разные клинические формы одного патологического процесса? /М.А. Егоркин// Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 2012. - № 4. -С. 66-72.
3. Экстренная проктология. Учебное пособие по курсу госпитальной хирургии / Б.Н. Жуков с соавт.// - М. ФОРУМ: ИНФРА-М. -2015. - 88 с.
4. Анаэробный парапроктит /М.В. Тимербулатов с соавт. // Колопроктология. - 2012. - № 2 (40). - С. 4-8.
5. Шельгин Ю.А. Справочник по колопроктологии / Ю.А. Шельгин, Л.А. Благодарный// - М. : Литера. -2012. - 596 с.
6. Ayan, F.M. Fournier's gangrene: a retrospective clinical study on forty one patients / F.M Ayan, O. Sunamak, S. M. Paksoy // ANZ J. Surg. - 2005. - Vol. 75. - P. 1055-1058.
7. Bronder, C.S. Delayed stoma formation in Fournier's gangrene / C.S. Bronder, A. Cowey, J. Hill // Colorectal. Dis. - 2005. - Vol. 7. - P. 529.

СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ОРГАНИЗМА У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹Гулзода М.К., ²Кобилов К.К., ¹Расулов А.Г., ¹Тошев Ш.А.

¹Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

²Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. В последнее время повсеместно наблюдается увеличение числа больных с патологией щитовидной железы, в том числе её узловых форм, а также появление данной патологии у молодых лиц [1,3]. Несмотря на имеющиеся научные работы по вопросам диагностики, хирургического лечения и послеоперационных осложнений, ряд из них остается недостаточно освещенным, аргументации авторов носят противоречивый характер. Вопрос о том, какие патологические изменения на молекулярном уровне происходят в организме после органосохраняющих операций и операций с удалением большого объема железы при узловом зобе, и сколько времени требуется для восстановления указанных нарушений остается открытым [2,5].

Изучения продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АЗ) при различных заболеваниях связано с их важным значением в биохимических процессах, происходящих в любом организме. Накопление продуктов ПОЛ в избыточном количестве меняет структуру клеточных мембран, приводит к изменению их функциональной активности, что, в конечном итоге, ведет к дистрофии, гибели клеток, играя определенную патогенетическую роль в механизме этих заболеваний. Поэтому определение содержания продуктов ПОЛ и АЗ при различных патологических состояниях организма является одним из высокочувствительных диагностических тестов для выявления нарушений, происходящих в организме на молекулярном уровне [4].

Цель исследования. Изучить нарушения, происходящие в организме после различной операции по поводу доброкачественных узловых образований щитовидной железы на примере продуктов ПОЛ и АЗ.

Материал и методы исследования. Нами было определено содержание продуктов ПОЛ и АЗ у 80 больных с доброкачественными узловыми образованиями щитовидной железы, госпитализированных для хирургического лечения в отделение общей хирургии Городского медицинского центра №2 имени академика К. Таджиева г. Душанбе с 2014 по 2017 гг. Среди пациентов мужчин было 6 (7,5%) человек, женщин – 74 (92,5%). Возраст больных варьировал от 18 до 77 лет. Давность заболевания составляла от 4 до 12 лет.

Все пациенты, получившие хирургическое лечение были разделены на две группы. Больным первой (основной) группы проведена фронтальная резекция ЩЖ, частичная резекция доли ЩЖ с узлом и гемитиреоидэктомия. Во вторую (контрольную) группу также были включены 40 больных, у которых при хирургическом вмешательстве выполнялась тотальная или субтотальная тиреоидэктомия. У всех больных накануне операции, а также на 5-е и на 10-е сутки после операции изучались показатели продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и антиоксидантной защиты (АЗ) организма. Для определения продуктов ПОЛ и АЗ до операции материал (пунктат) получали при выполнении ТАБ из здоровых (по данным УЗИ) отделов ЩЖ, а на пятые и десятые сутки после операции - из оставленных тканей щитовидной железы. У больных после тиреоидэктомии продукты ПОЛ и АЗ определяли в сыворотке крови. Исследование продуктов ПОЛ и АЗ проведено на кафедре биохимии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. В ходе исследования у больных определялись продукты ПОЛ – диеновый конъюгат (ДК), малоновый диальдегид (МДА), оснований Шиффа (ОШ) и компоненты АЗ организма – витамин Е.

Количество ДК, МДА и ОШ измеряли в гептан-изопропанольных фракциях, так как в них экстрагируются и нейтральные липиды, и фосфолипиды. Данная фракция свидетельствует об активности продуктов ПОЛ в обеих группах липидов. Компоненты АЗ (витамин Е) исследовали фотозлектроколориметрическим методом.

Результаты исследования и их обсуждение. Нарушение равновесия между процессами образования перекисей, альдегидов и кетонов, и мощности АЗ организма приводит к самоускоряющемуся процессу ПОЛ, что способствует полному разрушению ненасыщенных жирных кислот, нарушению структуры и функции белков, нуклеиновых кислот и, в конечном счете, к гибели клеток организма.

Подробности полученных результатов до операции в зависимости от морфологического диагноза представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Показатели процессов ПОЛ и АЗ организма у больных с доброкачественными узловыми образованиями ЩЖ

Морфология узла	ДК нмоль/мл	МДА нмоль/мл	ОШ мкмоль/мл	Витамин Е мг/мл
Коллоидный зоб (n=37)	39,3±2,6	68,7±5,8	6,7±0,9	41,4±3,4
Аденома (n=35)	38,4±2,5	68,4±5,3	6,8±1,1	40,9±2,9
АИТ (n=8)	46,7±3,9	83,6±7,4	8,4±1,8	38,6±2,6
ANOVA Краскела-Уоллиса	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

Из таблицы 1 следует, что продукты ПОЛ при коллоидном зобе и аденоме ЩЖ повышены незначительно, тогда как при аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) наблюдается их значительное повышение. А компонент АЗ организма – витамин Е, наоборот, при АИТ значительно снижается с 41,4±3,4 и 40,9±2,9 до 38,6±2,6 мг/мл. За норму принимали данных из диссертации Краснокутской З.Е. [4], которая изучала показатели ПОЛ и АЗ у здоровых лиц города Душанбе и Гиссара.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных с АИТ происходит значительная активация процессов ПОЛ и угнетение АЗ организма. Выраженный воспалительный процесс, протекающий при АИТ в течение

длительного времени, истощает антиоксидантную защиту, чем можно объяснить значительную липопероксидацию.

Средние показатели продуктов ПОЛ и АЗ до операции составляют: ДК - $41,4 \pm 3,5$ нмоль/мл; МДА - $73,6 \pm 6,4$ нмоль/мл; ОШ - $7,3 \pm 1,2$ мкмоль/мл; Вит. Е - $40,3 \pm 2,9$ мг/мл.

Как следует из полученных результатов, после операции продукты ПОЛ на 5-е сутки после фронтальной резекции, частичной резекции и гемитиреоидэктомии, по сравнению с дооперационными показателями, повышаются, а к 10-м суткам наблюдается тенденция к восстановлению прежних значений. А после гемитиреоидэктомии с субтотальной резекцией контрлатеральной доли и тотальной тиреоидэктомии даже на 10-е сутки показатели продолжают повышаться. Показатели АЗ, наоборот, после органосохраняющих операций на 5-е сутки снижаются, а к 10-м суткам наблюдается их повышение. А после операции с удалением большого объема щитовидной железы и на 10-е сутки отмечается снижение показателей АЗ. Из вышесказанного следует, что операции с удалением большого объема щитовидной железы приводят к выходу из-под контроля защитно-приспособительных реакций организма на клеточном и молекулярном уровне, при этом даже на 10-е сутки после операции признаки восстановления нарушенных процессов не наблюдаются. Ниже приведено сравнение средних показателей продуктов ПОЛ (Рисунок 1) и АЗ (Рисунок 2) у больных основной и контрольной групп до и после операции в динамике.

На представленных рисунках видно, что продукты ПОЛ у больных основной группы повышаются незначительно, а на 10-е сутки после операции наблюдается тенденция к восстановлению прежних величин. Однако, у больных контрольной группы показатели ПОЛ значительно повышаются на 5-е сутки, а на 10-е сутки продолжает их рост.

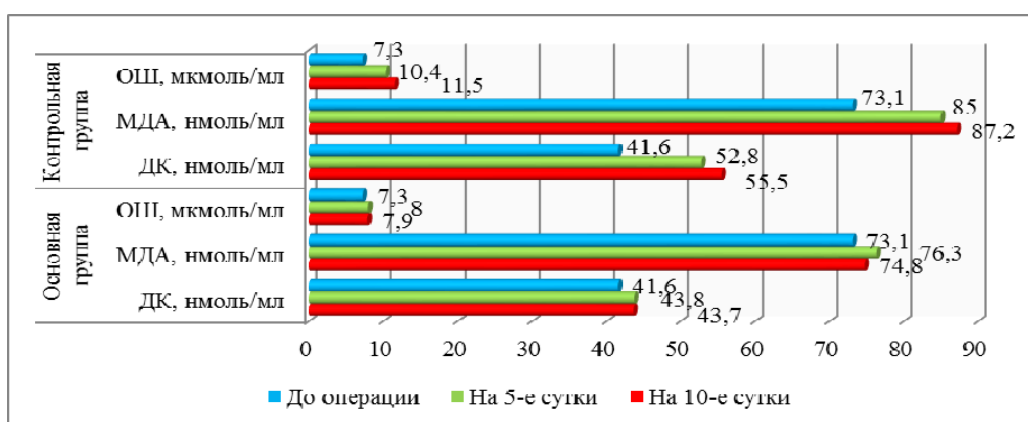


Рисунок 1. - Показатели ПОЛ у больных основной и контрольной группы до и после операции

Эти показатели свидетельствуют о том, что у больных контрольной группы нарушения, вызванные объемом хирургического вмешательства, на клеточном и молекулярном уровне продолжают даже на 10-е сутки после операции. А у больных основной группы на 10-е сутки наблюдаются признаки их восстановления. Соответственно, компонент АЗ у больных основной группы незначительно снижается, но на 10-е сутки отмечается его рост, в то время у пациентов контрольной группы даже на 10-е сутки после операции данный показатель продолжает снижаться.

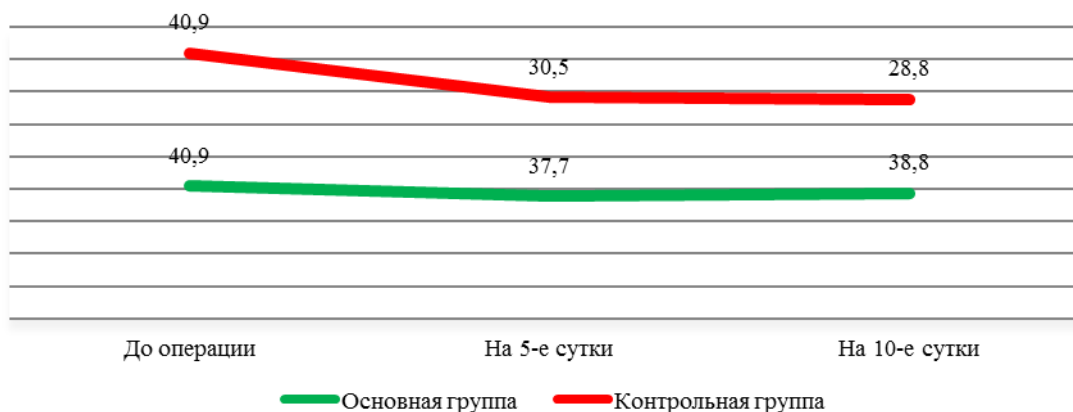


Рисунок 2. - Показатели АЗ у больных основной и контрольной группы до и после операции

Выводы. Таким образом, патологические нарушения, вызванные объемом хирургических вмешательств, на клеточном и молекулярном уровне после органосохраняющей операции относительно незначительные, так как на 10-е сутки видны признаки их восстановления. Но названные нарушения после операции с удалением большого объема железы даже на 10-е сутки продолжают расти.

Список литературы

1. Скрининговое обследование с использованием методов экспресс-диагностики нарушения функции щитовидной железы / З.Х. Абазова, М.К. Эфендиева, В.К. Кумыков, А.М. Байсиев // Успехи современного естествознания. – 2012. - № 2. – С. 8 -12.
2. Аристархов, В.Г. О преимуществе органосберегающих операций на щитовидной железе у пожилых пациентов. / В.Г. Аристархов, Н.В. Данилов // Материалы 3-го Украинско-Российского симпозиума «Современные аспекты хирургической эндокринологии» (с участием терапевтов– эндокринологов) (12-14 сентября 2013 года, Запорожье) – Запорожье, 2013. – С.8 -11.
3. Безруков О.Ф. Операции на щитовидной железе: задачи и нерешённые проблемы / О.Ф. Безруков // Вестник хирургии. – 2015. – Т.174, №2. – С.73 –74.
4. Краснокутская З.Е. ПОЛ и АЗ в патогенетических механизмах некоторых заболеваний: дис. ... канд. мед. наук / З.Е. Краснокутская. – Душанбе, 2003. – С.35.
5. Vaiman, M. Subtotal and near total versus total thyroidectomy for the management of multinodular goiter / M. Vaiman, A. Nagibin, P. Nagag // Wld J. Surg. -2008. - Vol. 32. - P. 1546-1551.

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗМ ПЕЧЕНИ

Гулов М.К., Зардаков С.М., Джабаров А.И., Расулов Н.И., Бахромов М.Б.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии. Лечебно- диагностический центр
ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Эхинококкоз печени (ЭП) является одним из наиболее распространенных и тяжелых паразитарных заболеваний, лечение которого остается весьма актуальной проблемой [1]. До настоящего времени вопрос о выборе метода лечения гидатидных кист печени является дискуссионным [2,4] Несмотря на значительные достижения в области хирургического лечения эхинококкоза печени многие его аспекты далеки от окончательного решения. Поражение печени при эхинококкозе колеблется от 44 до 84% случаев среди органной локализации. ЭП вызывает глубокие изменения этого жизненно важного органа, приводящие к местным и общим осложнениям. Частота послеоперационных осложнений и летальность после хирургического вмешательства составляют соответственно 11-40 и 2.5 до 7.0%. Следует подчеркнуть, что летальный исход в раннем послеоперационном периоде у таких больных чаще всего наступает вследствие развивающихся осложнений и печеночной недостаточности, в возникновении которой, по мнению ряда исследователей, немаловажное значение имеют функциональные нарушения печени [4]. Исследования, проведенные в этом направлении, весьма малочисленны. Остается неразработанной единая тактика лечения и послеоперационного ведения больных.

Известно, что в возникновении послеоперационных осложнений при эхинококковом поражении печени ведущую роль играет состояние общей резистентности организма [5]. В настоящее время все методы операций, выполняемые при эхинококкозе печени, имеют как достоинства, так и недостатки. До сих пор в литературе мы не встретили доказанных преимуществ того или иного доступа при эхинококкозе печени в зависимости от особенностей локализации кисты. Кроме того, эффективному хирургическому лечению препятствует целый ряд недостаточно изученных аспектов проблема выбора доступа и способы оперирования, определение характера и объема операции, способа обработки стенок кисты, необходимость дренирования или способ ликвидации остаточной полости, профилактика и лечение внутренних желчных свищей.

Целью исследования. Улучшить результаты лапароскопической эхинококкэктомии у больных эхинококком печени.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование основано на анализе лапароскопической эхинококкэктомии на печени 40 больных, находившихся на стационарном лечении в Лечебно-диагностическом центре ТГМУ им. Абуали ибни Сино и Медико-санитарной части ГУП ТАЛКО за период с 2015 по 2019 гг. Мужчин было 29 (72,5%), женщин – 11 (27,5%). Возраст больных от 18 до 72 лет, средний возраст составил 48±2,5лет. Диагностика основывалась на данных УЗ исследования, при этом размеры ЭКП составляли от 6 до 12 см. при этом у 21 (52,2%) больных локализовались в У-У1-У2 сегментах и у 19 (47,5%) больных в I-II-III-IV сегментах печени.

Результаты исследования и их обсуждение. При обзорной лапароскопии уточняют локализацию кист в печени. Установка лапаропортов аналогична тому как при лапароскопической холецистэктомии, лишь с отличием установка 20 мм.лапаропорта в левой подреберной области, а при локализации ЭКП в I-II- III-IV сегментах 20 мм. лапаропорт устанавливали в левой подреберной области, аналогичным образом устанавливали торакопорты и при ЭКС. В остальных случаях лапаропорты устанавливали в зависимости от локализации ЭКК в органах брюшной полости, по показаниям применяли методику мигрирующего лапаропорта. Затем проводят ограничение зоны операции тампонами, смоченными антипаразитарными препаратами (растворы хлорида натрия или глицерина). После этого кисты пунктируют и эвакуируют их содержимое. Выполняют антипаразитарную обработку стенок кист путем введения в полость гермицидных растворов, после чего фиброзную капсулу вскрывают и эвакуируют содержимое кист в эндоконтейнер. Осматривают стенки кисты и выполняют ликвидацию остаточной полости. Для выполнения лапароскопической эхинококкэктомии, кроме традиционного набора инструментов, используем пятилепестковый ретрактор и вакуум-аспиратор со сменными пяти- и десятимиллиметровыми насадками. Троякар для проведения лапароскопа вводится над пупком. После осмотра и уточнения локализации кист определяют точки введения, количество и диаметр остальных троакаров. Вскрытие кисты осуществляют в точке наибольшего выбухания ее над поверхностью печени. Аспирируют жидкое содержимое. Хитиновую оболочку кисты удаляют через 10-ти мм насадку вакуум-аспиратора, что позволяет избежать возможного контакта хитиновой оболочки с интакт-

ными окружающими тканями при погружении ее в эндоконтэйнер. Выполняют максимально возможную перикистэктомия. При этом сохраняют небольшой участок (0,5-1,0 см) стенки кисты на границе с неизменной тканью печени, который служит для фиксирования пряди большого сальника при оментопластике или капитонаже остаточной полости кисты. Конверсия произведена у 3 (7,5%) больных, из них у 2 больных с наличием желчного свища в остаточной полости ЭКК. В ближайшем послеоперационном периоде больные чувствовали себя комфортно, в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались к концу дня операции, нагноение послеоперационной раны отмечено у 3 (7,5%), желчеистечение у 1 (2,5%) больного, абсцесс остаточной полости у 2 (5%) больных. Среднее койко-дней пребывания больного в стационаре составил $6,2 \pm 1,5$ дня, летальных исходов не отмечено.

Таким образом, лапароскопическая эхинококэктомия на печени является малотравматичной операцией. Соблюдение основных принципов эхинококэктомии позволяет избежать рецидива. Данная методика операции является методикой выбора, сопровождается минимальной частотой различных осложнений, коротким сроком пребывания больных в стационаре и социально экономическим эффектом.

Литература

1. Ахмедов И.Г. Рецидив эхинококковой болезни: патогенетические аспекты, профилактика, ранняя диагностика и лечение // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. — 2006. — №4. — С. 52-57. [Akhmedov I.G. Relapse of hydatid disease: pathogenetic aspects, prevention, early diagnosis and treatment. Khirurgiya. Zhurnalim. N.I. Pi-rogova. 2006; 4: 52-57. (In Russ.).]
2. Классификация осложнений эхинококкоза печени / М.К. Гулов, Д.С. Салимов, Р.А. Турсунов, Ш.П. Умаров, О.С. Боймуродов, Н.Г. Курбонов. Вестник Авиценны. -2010.-№3 (44). -С. 18-24.
3. Tuxun T. Conventional versus laparoscopic surgery for hepatic hydatidosis: a 6-years single-center experience /T Tuxun [et al] // Gastrointest Surg. 2014 Jun; 18 (6): 1155-60. doi 10. 1007 /s 11605-014-2494-4. Epub 2014 Apr 15.
4. Tai Q/W/ the role of laparoscopy in the management of liver hydatid cist: single-center experience and world review of the literature/ Q.W. Tai p[et al] // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. - 2013 Apr; 23 (2): 171-5 doi: 10.1097/ SLE. 0b013e31828a0b78. Review.
5. Zaharie F Open or laparoscopic treatment for hydatid disease of the liver? A 10-year-institution experience/ F. Zaharie [et al.] // Surg. Endosc-2013 Jun 27;(6):2110-6. doi:1007/s00464-012-2719-9. Epub 2013 Jan 31.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРЫХ НЕОСЛОЖНЕННЫХ РИНОСИНУСИТОВ ПРЕПАРАТОМ БЕСТИМ

Гуломов З.С., Саидов Д.Х.

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Острые и хронические риносинуситы и острые респираторные вирусные инфекции в настоящее время являются достаточно актуальной проблемой в оториноларингологии [1, 3]. По данным многих авторов, острый риносинусит является самым частым заболеванием, с которым пациенты обращаются к оториноларингологу и занимают от 40 до 60% заболеваемости в структуре ЛОР-патологии[4]. В среднем от 15 до 36% взрослого населения страдают той или иной формой данной патологии[1- 4].

В связи с этим поиск новых иммунорегулирующих средств, не вызывающих побочных нежелательных эффектов и обладающих выраженным регулирующим действием, является весьма важным и современным. Бестим является синтетическим пептидным иммуномодулятором и представляет собой дипептид γ -D-Glu-L-Trp, полученный методом химического синтеза и очищенный до гомогенности с помощью высокоэффективной жидкостной хроматографии. Структура препарата запатентована (Патент РФ № 2091389). Препарат оригинален и не имеет аналогов за рубежом. Бестим выпускается в лекарственной форме: ампулы лиофилизированного вещества по 0,1 мг [4].

Цель исследования. Изучение эффективности иммуномодулирующего препарата «Бестим» у больных с острым не осложненным риносинуситом.

Материал и методы исследования. На базе НИИ ЛОР и Национального медицинского центра Республики Таджикистан с 2007 по 2015гг. проведена клиническая оценка эффективности лечения пациентов с острым риносинуситом препаратом «Бестим» в режиме монотерапии. Изучалась клиническая эффективность иммуномодулирующего препарата «Бестим» в режиме монотерапии у больных с острым не осложненным риносинуситом. В клиническом испытании приняли участие 127 больных с острым риносинуситом. Контрольную группу составили 30 больных с острым риносинуситом, получавших традиционное лечение. Пациенты с острым риносинуситом находились в наиболее трудоспособном возрасте от 21 до 60 лет, что свидетельствует о большой социальной значимости данной патологии, а также в определенной мере о склонности к хронизации.

Установлено, что по полу и возрасту больные основной группы распределились следующим образом: 79 (62,2%) мужчин и 48 (37,8%) женщин. Среди больных с острым риносинуситом основной группы преобладали лица молодого 71 (55,9%) и среднего возраста 43 (33,9%). В пожилом возрасте встречались реже 13(10,2 %). Распределение больных с острым риносинуситом, лечившихся препаратом «Бестим», было с учетом пола и возраста.

Контрольную группу составили 30 больных с острым риносинуситом, получавших традиционное лечение. Больных по полу и возрасту распределили следующим образом: 17 (56,7%) мужчин и 13 (44,3%) женщин соответственно. Возраст в обеих группах – от 20 до 70 лет. Продолжительность лечения составляла 9 дней. Активный препарат назначали по 1 таблетке 3 раза в сутки.

Всем пациентам проводилось традиционное лечение путем промывания носовой полости и пазух через катетер раствором фурациллина, а также назначалась витаминотерапия и физиотерапия. Статистическую обработку

полученных результатов производили с помощью программы статистической обработки STATISTICA 6.0, электронных таблиц Microsoft Excel. Для обработки данных использовали непараметрические методы статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. На 5 день после приёма препарата «Бестим» купировалась болезненность в областях проекции пазух и корня носа - у 120 пациентов (94,5%), головная боль - у 127 (100%), слабость - у 118 (92,9%), водянисто-серозные выделения из носа - у 115 (90,5%), затрудненность носового дыхания - у 119 (93,7%), отек слизистой носа - 119 (93,7%), гиперемия слизистой носа - у 122 (96%) пациентов (рис. 1).

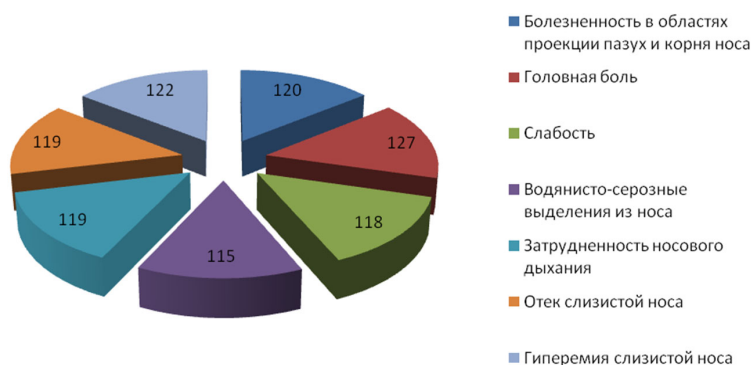


Рис. 1. Регресс клинических симптомов в группах на 5-й день после приема препарата «Бестим».

На 9 день после приёма препарата «Бестим», купирование симптомов: болезненность в областях проекций пазух и корня носа - у 28 (22%), головная боль - у 30 (23,6%), слабость - у 26 (20,5%), водянисто-серозные выделения из носа - у 29(22,8%), затрудненность носового дыхания - у 31 (24,4%), отек слизистой носа - у 33 (26%), гиперемия слизистой носа - у 27 (21,3%) пациентов (рис. 2).

Контроль группы на 5 день. Болезненность в областях проекций пазух и корня носа - у 18(60%), головная боль - у 22(73,3%), слабость - у 25(83,3%), водянисто-серозные выделения из носа - у 26(86,7%), затрудненность носового дыхания - у 27(90%), отек слизистой носа - у 21(70%), гиперемия слизистой носа - у 21(70%) пациента (рис. 3).

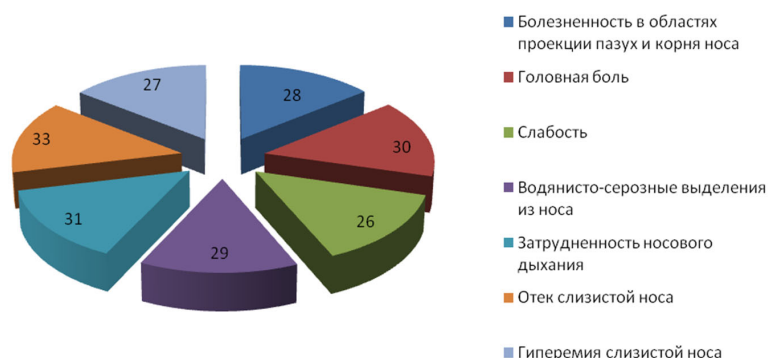


Рис. 2. Регресс клинических симптомов в группах на 9-й день после приема препарата «Бестим».

Контроль группы на 9 день: Болезненность в областях проекций пазух и корня носа на 9 день - у 8(26,7%), головная боль - у 18(60%), слабость - у 20(66,7%), водянисто-серозные выделения из носа - у 16(53,3%), затрудненность носового дыхания - у 12(40%), отек слизистой носа у 13(43,3%), гиперемия слизистой носа - у 10(33,3%) пациентов (рис. 3).

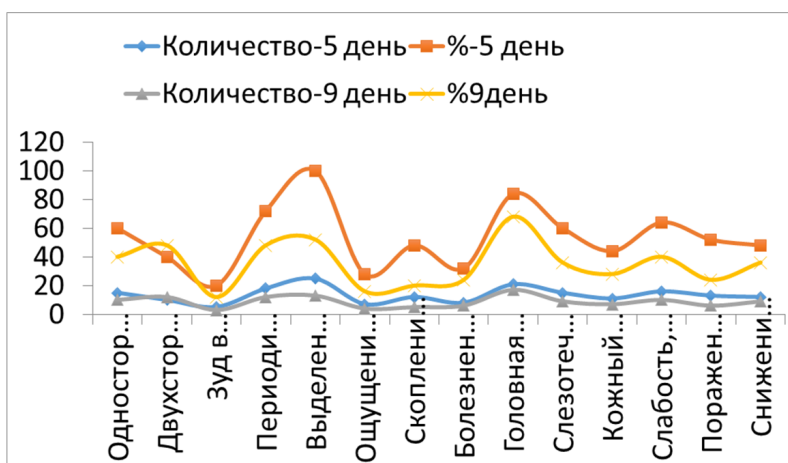


Рис. 3. Регресс клинических симптомов в группах на 5-й и 9-й день у больных лечившихся традиционным методом

При поражении верхнечелюстных пазух независимо от тяжести наблюдалась тенденция улучшения проходимости носовых ходов у всех больных. Среди больных, получавших Бестим, исследование аэродинамического сопротивления носа после курса лечения обнаружило преобладание 1 степени нарушений при одностороннем и двустороннем процессах.

В группе больных, получавших традиционную терапию, по окончании лечения преобладала 2 степень нарушения у больных с двухсторонним поражением (53,3%), при одностороннем поражении 1 степень нарушений аэродинамического сопротивления носа наблюдалась только у 43,3%.

Выводы.

1). Результаты исследования проходимости носовых ходов непосредственно после курса лечения в группе, получавшей бестим, были значительно выше, чем после традиционной терапии больных с острым риносинуситом.

2). Статистический анализ данных лечения пациентов с острым риносинуситом подтвердил эффективность бестима и более быстрое наступление терапевтического эффекта при приеме препарата по сравнению с традиционным лечением в отношении всех тестируемых симптомов. У всех больных с этой патологией отмечена хорошая переносимость лечения.

Список литературы

1. Бицаева А.В., Корщунова И.А., Чернолев А.И. Социально-экономические и поведенческие особенности больных с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух / А.В. Бицаева, И.А. Корщунова, А.И. Чернолев // *Новости оторинолар. и логопатол.* - 2013. - № 1(62). - С. 39-42.
2. Синуситы, клиника, диагностика, осложнения и лечение / В.А. Насыров [и др.] – Бишкек.: Мегамедиа, 2011. - 175 с.
3. Рязанцев, С.В. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов / С.В. Рязанцев В.И. Кочеровец // *Метод. рекомендации* – СПб, 2010. 36с.
4. Результаты изучения функции нейтрофильных гранулоцитов у пациентов с хроническим риносинуситом / Д.Ю. Семенюк [и др.] // *Новости оторинолар. и логопатол.* – 2014. - № 2(69). - С. 79-87.

ГЕРПЕТИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА г.ДУШАНБЕ

Гуломхайдарова Д.А., Кадамалиева М.Д., Бобджонова О.Б.

Городской кожно-венерологический диспансер, кафедра акушерства и гинекологии №2
ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Оportunистические инфекции широко распространены в человеческой популяции и способны поражать многие органы и системы, вызывая острую, латентную и хронические формы инфекций которые развиваются на фоне ослабленной иммунной системы. Герпетическая инфекция является одним из самых распространенных вирусных заболеваний человека. По данным ВОЗ, заболевания вызываемые вирусом простого герпеса (ВПГ), занимает второе место после гриппа как причина смертности от вирусных инфекций и около 90% населения планеты инфицированы одними или несколькими серотипами вируса герпеса [1,2].

Представляя важную медико-социальную проблему, герпетическая инфекция обуславливает у мужчин и женщин заболевания различных органов, в том числе экстрагенитальные поражения внутренних органов, и может быть причиной патологии у женщин репродуктивного возраста с патологией плода и новорожденного [3,4]. Важна роль герпесвируса в этиологии рака шейки матки, папилломы человека. Доказано неблагоприятное, иногда фатальное влияние герпесвирусов на течение беременности и родов, патологии плода и новорожденных [2]. Недостаточно изученной проблемой является роль герпесвирусов в заболеваниях, передаваемых половым путем, в генезе мужского и женского бесплодия.

Считают, что инфицированность вирусами герпеса может служить причиной неразвивающейся беременности в 20% случаев, вторичного бесплодия - 60%, невынашивания беременности - 20%, преждевременных родов - 68% [2]. Бессимптомная герпетическая инфекция в 48-50% случаев является причиной ранних выкидышей, неразвивающихся беременностей [5].

К герпесвирусом относят вирусы простого герпеса 1-го и 2-го типа, вирус опоясывающего герпеса, ветряной оспы вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус, а также вирус герпеса человека 6-го, 7-го и 8-го типов. Имеются единичные исследования, посвященные эпидемиологии герпетической инфекции у населения Республики Таджикистан, что делает весьма актуальным изучение распространенности герпетической инфекции у женщин репродуктивного возраста.

Целью данной работы явилось изучение распространенности герпетической инфекции у женщин репродуктивного возраста жительниц г.Душанбе.

Материал и методы исследования. Для характеристики распространенности герпетической инфекции у женщин репродуктивного возраста нами обследовано 1009 женщин, проживающих в г.Душанбе, в том числе беременных женщин – 376, женщин с угрозой прерывания беременности – 187, женщин с отягощенным акушерским анамнезом – 292. В качестве контрольной группы обследованы женщины доноры - 154 человек.

Состояние иммунореактивности к ВПГ-1 и ВПГ-2 оценивалось по результатам иммуноферментного анализа с использованием тест-систем фирмы «ORGENICS» - Израиль. Определяли титры антител IgM, IgG, IgA, а также выявляли антиген вирусом простого герпеса в соскобах уретры с использованием моноклональных антител на базе лаборатории вирусологии Таджикского НИИ профилактической медицины. Полученные данные статистически обработаны с помощью пакета программ «Statistica» 5,0, Microsoft, 1998.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ полученных результатов позволил установить высокий уровень инфицирования вирусом простого герпеса женщин репродуктивного возраста, который составил $82.9 \pm 0.9\%$. Результаты изучения иммуноструктуры отдельных групп женщин показали, что среди беременных вирусом простого герпеса антитела IgG выявлялись у 80.3% (табл.). Обследованием беременных с угрозой прерывания беременности и женщин с отягощенным акушерским анамнезом установлено, что показатели IgG не превышали таковые у доноров и беременных женщин, тогда как женщины с IgM встречались в 2.7 и 2.4 раза чаще по сравнению с контрольной группой. Нами была выделена группа женщин репродуктивного возраста от 15 до 45 лет с урогенитальным герпесом – 69 человек. Герпетическая природа заболевания была подтверждена как клинически, так и лабораторными исследованиями.

Результаты исследования показали, что генитальный герпес встречается у женщин сексуально-активного возраста (18-40 лет) – 75%. Наибольшее количество больных имели давность заболевания до одного года – 93 женщин. Среди больных женщин замужними были 42%, разведенными 22%, не замужем 36%.

У женщин репродуктивного возраста с клиническими проявлениями вирусом простого герпеса, IgM определялся лишь в 52.2% случаев, детекция IgM антител не всегда отображала заболевание. Так, у 218 женщин с обнаруженными антителами к герпетической инфекции в 32.6% случаев, клинические симптомы отсутствовали. Хочется отметить что у 62,5% женщин с герпесом из анамнеза выяснено, что первичным бесплодием страдали 12,5%, а вторичным бесплодием 50% и при обследовании иммуноглобулины G в норме (7,20-16,32г/л) были повышены в 2-3 раза, иммуноглобулины M в норме (0,61-1,82г/л) были повышены в 3 раза. У 12,5% женщин с первичным бесплодием из анамнеза выяснено, что отмечались гормональные нарушения с клиническими проявлениями олигоменореи 5%, отсутствие овуляции 5%, с персистенцией фолликула 2,5%. У 50% женщин с герпесом вторичного бесплодия причиной явилось непроходимость маточных труб до интерстициального отдела 12,5%, до истмического отдела 12,5%, до ампулярного отдела 25%, наряду с этим у всех был хронический метроэндометрит и сальпингоофарит по поводу чего проводилась неоднократная не специфическая терапия. Больным с герпесом после проведенного специфического лечения были назначены поливалентная противогерпетическая вакцина 0,2мл один раз в три дня в/к №5 пять инъекций. После применения иммунотерапии наблюдалось уменьшение числа рецидивов и увеличилась длительность ремиссий.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о широком инфицировании женщин репродуктивного возраста вирусом простого герпеса и необходимости более углубленных исследований авидности антител для выявления лиц с первичной инфекцией или реактивацией вирусом простого герпеса с целью прогноза и целенаправленного лечения.

Таблица 1. - Результаты исследований на герпетическую инфекцию женщин репродуктивного возраста, проживающих в г. Душанбе

Обследованные группы	n	IgG	n	IgM
Беременные женщины	376	302(80.3±2.8%)	376	52(13.8±1.9%)
Женщин с угрозой прерывания беременности	187	176(94.1±1.1%)	187	61(32.6±1.7%)
Женщин с отягощенным акушерским анамнезом	292	238(81.5±2.1%)	292	86(29.4±1.5%)
Итого	855	716	855	199
Доноры	154	124(80.5±1.8%)	151	19(12.3±2.1%)
Всего	1009	840(83.8±2.2%)	1006	218(21.5±2.0%)

Список литературы

- Исаков, В.А. Герпесвирусная инфекция / В.А. Исаков С.Б. Рыбалкин, М.К. Романцов // Рекомендации для врачей. – СПб, 2015. - 95 с.
- Герпетическая инфекция и беременность / В.К. Ярославский [и др.] // Методические рекомендации. – СПб., 2003. - 32 с.
- Герпетические поражения глаз / О.В. Полтангов [и др.] // Методические рекомендации. - Душанбе, 2009. - 28 с.
- Краснопольский В.И. / Российский вестник акушера-гинеколога. – Москва, 2012. - №6. - С.64-74.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПЕРИТОНИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО КАТЕТЕРА

Сафаров Ч.Б., Гулшанова С.Ф., Достиев У.А., Каримов М.А.

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Туберкулез (ТБ) остается серьезной проблемой здравоохранения в развивающихся странах, и считается, что в 2013 году у 9 миллионов человек развился туберкулез [1, 2]. Туберкулез может возникать в различных анатомических точках, а количество случаев туберкулезного перитонита (ТБП) увеличивается [3]. ТБЦ представляет собой диагностическую проблему из-за отсутствия конкретных клинических, рентгенологических или лабораторных данных [4]. Благодаря превосходной точности и скорости, прямому наблюдению за всем перитонеальным пространством и возможности многократной целевой биопсии подозрительного поражения, лапароскопия является предпочтительным методом диагностики [5].

Тем не менее, диагностическая неудача лапароскопии может достигать 14% и в основном возникает из-за интерференции спаек из-за первичного заболевания или предыдущей операции [5]. Лапароскопический ввод - это слепая процедура, которая может представлять риск травм желудочно-кишечного тракта и основных кровеносных сосудов при попытке получить доступ к брюшной полости [4].

Целью настоящего исследования было представить новый метод безопасной и простой лапароскопической диагностики ТБП.

Материал и методы исследования. Представлена серия исследований из 12 пациентов с ТБП, диагностированных в период с октября 2012 года по ноябрь 2013 года. Пациентам проводился новый метод лапароскопии, включающий использование центрального венозного катетера (ЦВК). Диагноз был подтвержден биопсией и гистологией. Эффективность метода диагностики ТБП оценивали по времени, затраченному на процедуру, и скорости успешного завершения. Безопасность метода оценивалась путем регистрации всех встречающихся внутри- и послеоперационных побочных эффектов. Средний возраст пациентов составил 41 год, 33% были мужчинами. Среднее время операции составило 50,6 мин, а средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 7 дней. Целевые биопсии были взяты у всех пациентов и выявили казеозное гранулематозное воспаление. До лапароскопии, пациентов оценивали с помощью биохимического анализа антителам к туберкулезу (ТВ-Ab). КТ использовали для оценки толщины брюшины и наличия узлов. Единицы туберкулина разводили стерильным физиологическим раствором до различных концентраций ~ 5 единиц туберкулина и 0,1 мл внутривожно вводили в левое предплечье. Зону инъекции затем исследовали на реакцию через 72 часа. Оборудование, включая проводник, расширители и троакар. Пациенты находились в положении лежа на спине под сознательным седативным эффектом, что было достигнуто путем внутривенного введения мидазолама (0,06 мг / кг) и гидрохлорида петидина (1,2 мг / кг). Место входа было выбрано в левом нижнем квадранте живота. Брюшную стенку обрабатывали йодом, а центр очищенной области подвергали тропической анестезии 2% лидокаином от местной кожи до фасции. После местной анестезии на коже был сделан небольшой разрез, и с использованием техники Селдингера в брюшную полость был вставлен центральный венозный катетер (двухкамерный; 7 Fr; 20 см). Инсуффляция CO₂ была выполнена через катетер и внутрибрюшное давление поддерживалось на уровне 8–10 мм рт. После того, как был получен адекватный пневмоперитонеум, проводник (длина 260 см с 3-миллиметровым гибким передним концом и диаметром 0,035 дюйма) был пропущен в брюшную полость с использованием техники Селдингера. Чтобы получить подходящий тракт доступа, расширитель 16F (длина 20 см; диаметр 4 использован для расширения тракта через проволочный проводник (рис. 2D), а затем укороченный Savary- Расширители Gilliard (диаметр 5, 7 или 9 мм; длина 40 см; рис. 1C) были использованы для постепенного расширения тракта (рис. 2E). Одноразовый 10-мм троакар (Spekath, Foshan, China; 10-мм рукавная оболочка; 10-мм ствол; рис. 1D) был помещен над расширителями Savary-Gilliard (рис. 2F и G). Гастроскоп GIF XP260 (Olympus Co. Ltd., Токио, Япония) был введен через троакар в брюшную полость (рис. 2H). Детальное наблюдение за брюшиной и внутрибрюшными органами проводили слева направо, слева вверху, наконец, справа внизу живота, против часовой стрелки. Если были какие-либо отклонения, такие как узелки или пластыри, через эндоскопический канал вставляли щипцы для биопсии для проведения биопсии. При необходимости для гемостаза использовали плазменную коагуляцию аргона. После того как обследование было завершено, для наблюдения за осложнениями была вставлена дренажная трубка и прикреплена к брюшной стенке, а раны троакара ушиты швами (рис. 2I).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты представлены в таблице 1. Непосредственное исследование асцитных жидкостей выявило повышение уровня белых клеток. Средняя концентрация лактатдегидрогеназы (ЛДГ) была 596,25 Ед / л, а градиент сывороточно-асцитного альбумина (SAAG) был <11 г / л у всех пациентов.

Таблица 1. - Результаты теста на асцит у 12 пациентов с туберкулезным перитонитом, которым была проведена лапароскопия через центральный венозный катетер

Белые кровяные клетки (н / мм ³)	Общий белок (г / л)	Альбумин (г / л)	ЛДГ (U / л)	СААГ (г / л)
625	32	28	600	8
700	32	27	+201	7,8
350	29	23	369	6
525	37	31	606	9,2
900	35	29	487	5,9
609	30	27	554	6,3
+1001	31	26	587	7,2
+789	28	25	625	7
863	30	25	492	6,9
647	26	22	879	10
539	39	32	+791	8,2
+896	28	23	+964	6,4

Примечание: ЛДГ - лактатдегидрогеназа; SAAG - сывороточно-асцитный градиент альбумина

Выводы: настоящая серия случаев продемонстрировала новый метод диагностической лапароскопии с ЦВК, который является простой процедурой для диагностики ТБП. Длительность процедуры составила 6 минут, а средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 7 дней. Во всех случаях диагностическая

лапароскопия была успешно выполнена. Целевые биопсии были взяты у всех пациентов и выявили казеозное гранулематозное воспаление. Все пациенты перенесли процедуру без значительного кровотечения или перфорации желудочно-кишечного тракта. В заключение, настоящая серия случаев продемонстрировала новый метод диагностической лапароскопии с ЦВК, который является простой процедурой для диагностики ТБП.

Список литературы

1. The growing burden of tuberculosis: Global trends and interactions with the HIV epidemic / E.L. Corbett [et al.] // Arch Intern Med. – 2011. - N163. – P.1009–1021.
2. WHO: Global Tuberculosis Report 2014. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2014.
3. CA-125; a new marker for diagnosis and follow-up of patients with tuberculous peritonitis / M.R. Mas [et al.] // Dig Liver Dis. – 2015. - N32. – P.595–597.
4. The laparoscopic evaluation of ascites / J.M. Inadomi, S. Kapur, M. Kinkhabwala, J.P. Cello // Gastrointest Endosc Clin N Am. – 2011. - N11. – P.79-91.
5. Sanai, F.M. Systematic review: Tuberculous peritonitis-presenting features, diagnostic strategies and treatment / F.M. Sanai, K.I. Bzeizi // Aliment Pharmacol Ther. – 2012. - N22. – P.685–700.

АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ И МЕТОДИКИ НАЛОЖЕНИЯ ВЕНОЗНОГО АНАСТОМОЗА

Гулианова С.Ф., Исмоилзода С.С.

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Преимуществом трансплантации фрагмента печени от живого донора является, возможность планирования сроков операции в зависимости от состояния реципиента. Живой родственный донор является доступным источником получения трансплантата, при отсутствии трансплантата от трупного донора. Основным преимуществом трансплантата от живого донора является прогнозируемое отбором и подготовкой родственных доноров качество печеночного трансплантата, исключаются также отрицательные гемодинамические и лекарственные воздействия на периоперационном этапе у донора [1-3].

Результаты ведущих трансплантологических центров мира свидетельствуют о лучшем длительном выживании реципиентов и трансплантатов после родственной трансплантации, чем после трансплантации трупной печени [4]. Печеночный трансплантат от живого донора в 30% случаев имеет различные варианты отхождения сосудистой ножки. Существует мнение о необходимости использования венозных аутооттрансплантатов для восстановления венозного оттока при трансплантации правой доли печени [5,6].

Стимулом к развитию программы трансплантации печени от живых доноров в Республике Таджикистан было отсутствие трансплантаций от трупных доноров.

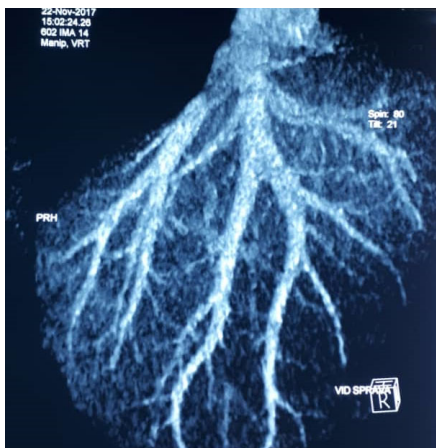
Цель исследования - улучшение результатов трансплантации правой доли печени.

Материал и методы исследования. В исследование включены доноры. В период с января 2012 года по сентябрь 2019 года в Национальном научном центре трансплантации органов и тканей человека в Республике Таджикистан 73 пациентам была проведена пересадка живой донорской печени с использованием трансплантата печени правой доли без средней печёночной вены. Всем донорам выполнялась правосторонняя гемигепатэктомия.

Отобранные доноры были в основном молоды (в среднем 26 года) с низким ИМТ (21,7). Все доноры находились в пределах родственной связи от первого до третьей степени, так как мы обычно не принимаем несвязанные пожертвования по медицинским и юридическим вопросам. Из 73 печеночных трансплантатов в 42 (57,5%) случаев не проводилась реконструкция, а у 31 (43%) проводили реконструкцию в области наложения гепатокавального анастомоза.

Исследование показало, что сравнение МР-венографии с интра-операционными хирургическими результатами позволило получить четкую визуализацию правой, средней и левой печеночных вен, во всех случаях 100%. Для тех основных второстепенных ветвей, диаметр которых был равен 5 мм или более, они получили точность 86,2%.

Результаты нашего исследования также показывают, что венозная фаза при проведении спиральной компьютерной томографии (СКТ) имеет точность не менее 87,5% выявления дополнительных и малых печеночных вен и согласуется с литературой, подтверждающей использование СКТ и МР-венографии для определения анатомии печеночных вен (рис.1).



Оценку функции печеночного трансплантата и гемодинамику в трансплантате после трансплантации проводили по клиническим проявлениям, по лабораторным показателям, доплерографии.

Существует ряд методик по элонгации и расширению печёночных вен, и наиболее успешным признано использование в этих целях правой печеночной вены реципиента.

При гепатэктомии необходимо учитывать возможность проведения аутопластики, с расширением культи правой печёночной вены за счёт стенок нижней полой вены и культи правой печеночной вен. Гепатико-кавальный анастомоз накладывался по разработанной в клинике методике. Пластика осуществляется во время трансплантации печени от живого донора в асепатическом периоде.

Результаты исследования и их обсуждение. Адекватное функционирование сформированного гепатико-кавального анастомоза, также оценивалось по цвету и консистенции печеночного трансплантата. Интраоперационно проводилось доплерометрическое исследование и визуализирован кровоток по трансплантату.

Мы использовали технику реконструкции, используя собственную правую печеночную вену реципиента, при которой у пациентов не наблюдалось развитие сосудистых осложнений, и у всех после операции был хороший венозный отток с отличными результатами. Реконструкция гепатико-кавального анастомоза имеет несколько преимуществ. Во-первых, он всегда доступен и легко подвергается воздействию после резекции печени и устраняет обширное рассечение у реципиента или донора. Во-вторых, подходящий калибр, толстые стенки и создаваемое устье могут снизить риск тромбоза после трансплантации, и осуществляют полноценный отток венозной крови трансплантата.

Выводы. Применение инновационных технологий в области диагностики визуализации и компьютерных 3D моделирования на этапе подготовки донора и реципиента дают новые возможности для исследования анатомии печени и прогнозирования вариантов сосудистой реконструкции при трансплантации печени от живого донора. Техника реконструкции гепатико-кавального анастомоза правой печеночной вены адекватной длины и ширины может быть лучшим вариантом, чем растянутый короткий анастомоз для предотвращения обструкции оттока. Трансплантация печени от живого донора взрослому человеку безопасна и можно достичь лучших результатов как для реципиентов, так и для доноров.

Список литературы

1. Готьё, С.В. Прижизненное донорство фрагмента печени / С.В. Готьё // Национальные клинические рекомендации. – 2013. – С.1-18.
2. Early experiences on living donor liver transplantation in China: multicenter report / X.-H. Wang [et al.] // Chinese Medical Journal. – 2006. - Vol.119, N12. - P.1003–1009.
3. Modified techniques for adult to-adult living donor liver transplantation / L.-N.Yan [et al.] // Hepato-biliary and Pancreatic Diseases International. – 2006. - Vol.5, N2. - P.173–179.
4. Hepatic venous outflow reconstruction in adult right lobe living donor liver transplantation with out middle hepatic vein / H. Wu [et al.] // Chinese Medical Journal. – 2007. - Vol. 120, N11. - P.947–951.
5. Lee, S.G. Techniques of reconstruction of hepatic veins in living-donor liver transplantation, especially for right hepatic vein and major short hepatic vein soft-right-lobe graft / S.G. Lee // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery. – 2006. - Vol.13, N2. - P.131–138.
6. Background and clinical impact of tissue congestion in right-lobe living-donor liver grafts: a magnetic resonance imaging study / H. Yamamoto [et al.] // Transplantation. – 2003. - Vol.76, N1. - P.164–169.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ПЛАЗМОЛИФТИНГА В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Давлатов Х.С., Исмаилов Д.Н., Джураев Х.М.

ГУ «Республиканский клинический центр ортопедии и травматологии». Таджикистан
(директор ГУ «РКЦТО» Ганиев Б.Т.)

Актуальность. Остеоартроз коленного сустава или гонартроз — хроническое прогрессирующее заболевание коленного сустава, характеризующееся дегенерацией суставного хряща с последующими изменениями в субхондральной кости и развитием краевых остеофитов, что приводит к потере хряща и сопутствующему поражению

нию других компонентов сустава (синовиальная оболочка, связки). Боль и функциональное ограничение являются первичными клиническими симптомами ОА коленного сустава, которые препятствуют участию пациентов в их обычной деятельности и постепенно приводят к потере трудоспособности [4]. В настоящее время в комплексном лечении гонартроза, наряду с нестероидными противовоспалительными препаратами, хондропротекторами, физиопроцедурами и внутрисуставными инъекциями гиалуроновой кислоты, используется плазмолифтинг – относительно новый метод, заключающийся в введении тромбоцитарной аутоплазмы (ТАП) в сустав [1, 2, 3, 5].

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность внутрисуставного введения тромбоцитарной аутоплазмы (ТАП) в комплексной терапии пациентов с гонартрозом I - II степени тяжести.

Материал и методы исследования. В ГУ «Республиканский клинический центр ортопедии и травматологии» Республики Таджикистан (ГУ «РКЦОТ» РТ) за 2018-2019 гг. проведён анализ эффективности применения плазмолифтинга тромбоцитарной аутоплазмой у 63 пациентов с остеоартрозом коленных суставов I-II степени тяжести в возрасте от 55 до 74 лет. Женщин было 41 (65%), мужчин – 22 (35%). Все больные были разделены на две группы: в I группу (n=32) вошли пациенты, которым проводили традиционную терапию, включающую нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), физиопроцедуры (электрофорез, озокерит), внутрисуставное введение хондропротекторов — комплекса сульфатов глюкозамина и хондроитина. Также использовалось внутрисуставное введение кортикостероидов (Фластерон) с целью быстрого подавления болевого синдрома и погашения воспалительного процесса. II группу (n = 31) составили больные, которым помимо всей вышеперечисленной терапии, применяли процедуру плазмолифтинга, т.е. внутрисуставного введения тромбоцитарной аутоплазмы (ТАП).

Все больные до и после лечения были обследованы с использованием индекса WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Arthrose index) (по шкалам «Боль», «Скованность», «Функциональная активность»), который является общепринятой анкетой, предназначенной для оценки симптомов гонартроза самим пациентом с помощью содержащихся в ней 24 вопросов, распределённых по трём разделам. Первая субшкала содержит 5 вопросов и позволяет оценить болевую симптоматику; вторая субшкала (2 вопроса) — выраженность ригидности суставов; третья субшкала (17 вопросов) касается проявлений физической активности и ограничения подвижности коленных суставов.

Изучение данных параметров проводилось до начала терапии и в сроки 1, 3, 6 месяцев после проведённой терапии.

ТАП получали путём забора крови в объёме 10 мл в специализированные пробирки, режим центрифугирования составил: 4000 об/мин 5 минут. Внутрисуставные инъекции проводились в объёме 4-5 мл ТАП в один коленный сустав с интервалом в пять дней, итого 5 процедур.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным проведённого анализа стало известно, что суммарный индекс WOMAC в I группе изменялся следующим образом: на первом этапе он составил $1025,66 \pm 39,81$ усл. ед., через 1 месяц после начала терапии отмечалось его снижение до $916,64 \pm 29,63$ усл. ед., через 3 месяца - до $785,94 \pm 21,5$ усл. ед., но через 6 месяцев отмечался выраженный прирост до $826,39 \pm 20,43$ усл. ед. Во II же группе данный индекс изменялся следующим образом: на первом этапе он составил $1025,99 \pm 34,42$ усл. ед., затем достоверно снижался через 1 месяц до $859,43 \pm 24,56$ усл. ед., через 3 месяца он снизился до $725,77 \pm 24,91$ усл. ед. и уже через 6 месяцев отмечалось наиболее выраженное снижение данного показателя до $463,95 \pm 19,54$ усл. ед. Это говорит о том, что после начала терапии у пациентов II группы уже после третьей инъекции ТАП, на фоне базовой терапии, отмечалось снижение боли в покое, движении, улучшились функциональные тесты (ходьба по прямой на 20 м, по лестнице, сгибание коленного сустава).

Известно, что шкала WOMAC служит инструментом оценки эффективности терапии именно при ОА для определения динамики болевой симптоматики и нарушения подвижности в коленных суставах. На основании проведённых ранее исследований по оценке WOMAC-индекса при артрозе было установлено, что имеется также его взаимосвязь с психосоциальными аспектами заболевания, такими как, например, нарушение активности пациента в быту, снижение его профессиональной деятельности, а также ухудшение семейных отношений и сужение круга знакомых, т. е. всех аспектов качества жизни больного ОА.

Выводы. Таким образом, применение процедуры плазмолифтинга тромбоцитарной аутоплазмой (ТАП) в комплексной терапии остеоартроза коленного сустава I-II степени продемонстрировало высокую клиническую эффективность, выражающуюся уменьшением интенсивности болевого синдрома и улучшением функциональной активности суставов по данным опросника WOMAC.

По мнению большинства современных авторов, применение ТАП это простой, дешёвый и минимально инвазивный способ получить естественную концентрацию аутологических факторов роста, которые способны ускорять регенерацию ткани. Доступность метода и его эффективность открывают перспективы его более широкого использования в клинической травматологии и ортопедии.

Список литературы

1. Ахмеров Р.Р. Применение технологии Plasmolifting в травматологии и восстановительной медицине / Р.Р. Ахмеров, Р.Ф. Зарудий, Ф.Р. Хайруллин // Сборник методических рекомендаций по применению тромбоцитарной аутологичной плазмы. Технология Плазмолифтинг Plasmolifting ТМ. — Москва, 2016. — С. 24-33.
2. Башкина, А.С. Применение обогащённой тромбоцитами плазмы в купировании болевого синдрома большого вертела / А.С. Башкина, Т.С. Широкова, Т.С. Князева // Травматология и ортопедия. — 2011. — № 2(60). — С.57—61.
3. Кесян, Г.А. Оптимизация процессов остеогенеза у травматолого-ортопедических больных с использованием обогащённой тромбоцитами аутоплазмы и биокомпозиционных материалов. Медицинские технологии / Г.А. Кесян, Г.Н. Берченко, РЗ. Уразгильдеев. — М., 2010. — С.18.

4. Матвеев Р.П. Остеоартроз коленного сустава: проблемы и социальная значимость / Р.П. Матвеев, С.В. Брагина // Экология человека. — 2012. — С. 53-54.
5. Comparison between hyaluronic acid and platelet-rich plasma, intraarticular infiltration in the treatment of gonarthrosis / F. Cerza, S. Carni, A. Carcangiu, I. di Vavo, V. Schiavilla, A. Pecora, G. de Buasi, M. Ciuffreda // Am. J. Sports Med. 2012. Vol. 40, no. 12, pp. 2822-2827. doi: 10.1177/0363546512461902.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МИОПИИ

Дадамухаммедова Ш.М., Назаров Ж.У.

Кафедра оториноларингологии, онкологии и офтальмологии, БГМИ им. Абу Али ибн Сино, г. Бухара, Узбекистан

Актуальность. Миопия, по данным различных авторов, встречается у 28,4—35,0% населения Земли, из них высокой степени — примерно у 49% [1, 2]. Среди способов хирургической коррекции миопии следует выделить два основных типа операций: кераторефракционную [3] и интраокулярную коррекцию. При кераторефракционной хирургии преломляющая сила оптической системы глаза изменяется за счет моделирования нового профиля роговицы. На сегодняшний день наиболее распространены две методики: фоторефракционная кератэктомия (ФРК) и лазерный интрастромальный кератомилез (LASIK).

Из кераторефракционных методик ФРК предоставляет наиболее широкие возможности для коррекции миопии высокой и сверхвысокой степени, но все же имеет определенные ограничения по толщине роговицы и характерные осложнения. Общепринятой безопасной остаточной толщиной стромы роговицы считается 250 мкм, но в некоторых случаях объем операции, необходимый для полного устранения аметропии, находится за этим пределом.

Наиболее типичные осложнения ФРК — это хейз (эпителиальная гиперплазия роговицы) и регресс рефракционного результата. По данным литературы, хейз составляет 1,3—6,0% среди осложнений ФРК [1, 4]. Большой процент возникновения хейза обнаруживается, как правило, в случаях проведения ФРК при миопии высокой степени [5]. С учетом того, что в основе данного осложнения лежит пролиферативный процесс, для минимизации частоты его возникновения А.В. Золотаревым с соавт. [4] предложено выполнение ФРК в модификации MAGEK — с использованием аппликаций препарата, угнетающего пролиферацию (митомидин С). Данная методика зарекомендовала себя как эффективная и безопасная, позволяющая существенно снизить частоту формирования помутнений роговицы после ФРК. По мнению авторов, при наличии субэпителиального хейза изменяется преломляющая способность роговицы, что сопровождается регрессом и, в свою очередь, сказывается на уровне рефракции, предсказуемости и стабильности результатов операции.

Из интраокулярных методов все большее распространение и признание среди офтальмохирургов получает рефракционная замена хрусталика (РЗХ). Повышение оптических характеристик современных ИОЛ (асферические, мультифокальные, торические) позволяет во многих случаях получить более высокое качество зрения в сравнении с очковой и контактной коррекцией. При замене хрусталика с рефракционной целью особенно важно совпадение планируемой рефракции и точности расчета интраокулярной линзы (ИОЛ) [8, 9]. С пациентом заранее обсуждается желаемая рефракция и необходимость очковой коррекции зрения вблизи или вдаль. При этом отсутствие аккомодации не должно считаться существенным недостатком, так как она

не может быть эффективно использована при высоких степенях миопии.

Несмотря на безграничные возможности РЗХ, вследствие риска возникновения воспалительных реакций и отслойки сетчатки целесообразность вмешательств со вскрытием глазного яблока с чисто рефракционной целью до сих пор считается спорной. Использование современного оборудования и самогерметизирующихся микро разрезов позволило значительно уменьшить риск развития осложнений в послеоперационном периоде.

В данной работе мы не рассматриваем факичные ИОЛ, так как с учетом возможного развития катаракты и, как следствие, необходимости повторной хирургии мы воздерживаемся от имплантации данных линз.

Цель исследования — анализ эффективности хирургической коррекции миопии высокой степени методами фоторефракционной кератэктомии в модификации MAGEK и рефракционной замены хрусталика.

Материалы и методы исследования. В исследование вошли 97 пациентов (173 глаза), из них после ФРК — 41 человек (73 глаза) с миопией от 6 до 13 Д в анамнезе и остаточной толщиной роговицы не менее 250 мкм, после РЗХ — 56 пациентов (101 глаз) с миопией от 6 до 22 Д в анамнезе. Для РЗХ отбирали пациентов, которые по результатам проведенного обследования не подходили для кераторефракционной хирургии: это пациенты, расчетная остаточная толщина стромы роговицы у которых менее 250 мкм, пациенты, имеющие даже минимальные помутнения хрусталика, глаукому, сахарный диабет и системные заболевания соединительной ткани.

Все пациенты были разделены на 5 групп в зависимости от дооперационной рефракции и метода коррекции. Пациентам в 1-й и 2-й группах выполнялась ФРК (MAGEK) на лазерных установках MEL-70 (Aesculap Meditec) и ESIRIS (SCHWIND) с аппликацией митомидина С на 1 мин в концентрации 0,02% по завершении абляции с последующим отмыванием зоны воздействия. В группах 3, 4 и 5 операции выполнялись по методике фактоэмульсификации с имплантацией ИОЛ через роговичный тоннель 2,2—2,75 мм в режиме аспирации или при минимальных показателях ультразвука на микрохирургической системе Millennium (Bausch & Lomb).

Для расчета диоптрийности ИОЛ использовали формулы SRK-T и SRK-II. Результаты оценивались по данным дооперационной и послеоперационной визометрии, кераторефрактометрии, биомикроскопии. Пациенты приглашались на контрольный осмотр через 2 нед, 1 мес, 3 мес и полгода после операции и далее каждые 6 месяцев в течение двух лет. Через 2 года после операции результат считался стабильным.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты рефракционной операции принято оценивать по четырем параметрам: предсказуемость, стабильность, безопасность и эффективность. Предсказуемость — это от-

ношение планируемой рефракции к полученной. Безопасность — отношение максимальной остроты зрения с коррекцией после операции к этому показателю до операции, т.е. безопасная операция — это когда до и после хирургического вмешательства лучшая корригированная острота зрения (ЛКОЗ) равна 1,0. Если этот коэффициент уменьшается, то опасность операции возрастает, и это предполагает наличие осложнений, влияющих на рефракционный результат. Стабильность определяет изменение рефракционного результата в течение времени. Под эффективностью рефракционной хирургии подразумевается отношение послеоперационной некорригированной остроты зрения (НКОЗ) к дооперационной максимальной корригированной остроте зрения (ЛКОЗ). Соответственно, чем выше полученный коэффициент (КЭ), тем более эффективна операция.

Операции у всех пациентов протекали без осложнений. В группах, где выполнялась ФРК, полная эпителизация эрозии роговицы происходила на 3—4-е сутки, замедленных эпителизаций не отмечалось. Такое осложнение, как хейз, при миопии до 10 Д встречалось в 1,28% случаев, при миопии 10—13 Д — в 1,59%, при этом хейз не вызывал существенного снижения корригированной остроты зрения, но зачастую сопровождался регрессом рефракционного результата.

В группах с РЗХ послеоперационный период протекал без осложнений, ни одного случая отслойки сетчатки не зафиксировано. Отклонение от планируемой рефракции составило в среднем $\pm 1,15$ Д, наибольшая разница получена в 5-й группе (близорукость более 13 Д). Все пациенты давали хорошую субъективную оценку результатам операции.

Эффективность хирургических вмешательств оценивалась по данным визометрии и кераторефрактометрии по прошествии двух лет. Наилучшая острота зрения без коррекции получена в 1-й группе — $0,85 \pm 0,28$ (средний сферический эквивалент рефракции (СЭ) составил $\pm 0,46$ Д, КЭ=1,06) и во 2-й группе — $0,70 \pm 0,21$ (СЭ составил $\pm 0,5$ Д, КЭ=1,0), в которых выполнялась ФРК (MAGEK), в сравнении с группами 3 — $0,56 \pm 0,31$ (СЭ составил $\pm 0,9$ Д, КЭ=0,7) и 4 — $0,50 \pm 0,22$ (СЭ составил $\pm 1,1$ Д, КЭ=0,84) (табл. 2). В 5-й группе получены достаточно высокие показатели некорригированной остроты зрения — $0,35 \pm 0,28$, СЭ составил $\pm 1,36$ Д (КЭ=0,7), порой лучшие, чем с коррекцией до операции.

Заключение. Фоторефракционная кератэктомия в модификации MAGEK дает наилучший рефракционный результат при коррекции миопии высокой степени и, учитывая невысокий процент осложнений, является методом выбора при достаточной толщине роговицы (остаточная толщина стромы не менее 250 мкм). Рефракционная замена хрусталика является эффективным методом коррекции для пациентов, имеющих противопоказания к кераторефракционной хирургии.

Список литературы

1. Бурилов, К. Б. Оценка содержания провоспалительных цитокинов в слезной жидкости после формирования роговичного клапана механическим микрокератомом и фемтосекундным лазером / К.Б. Бурилов [и др.]// Материалы конференции «Федоровские чтения» – М. – 2013. – С. 252–253.
2. Коновалов, М.Е. Клинический анализ осложнений имплантации различных типов факичных интраокулярных линз / М.Е. Коновалов, Е.М. Молокотин // Российский офтальмологический журнал.-2013.-Т.6,№1.- С.15-18.
3. Молокотин, Е.М. Пролежень передней капсулы хрусталика после имплантации факичной ИОЛ /Е.М. Молокотин, М.Е. Коновалов // VII Всероссийская научная конференция молодых ученых с участием иностранных специалистов (сборник научных статей). -Москва.-2012.- С.142-145.
4. Трубилин, В.Н. Факторы, определяющие субъективные результаты эксимерлазерной коррекции зрения / В.Н. Трубилин, С.Ю. Щукин, М.Д. Пожарицкий// Современная оптометрия. -2013. -№ 1.- С. 30-34.
5. Щукин, С.Ю. Сравнительная оценка различных методов исследования динамики «качества жизни» после эксимерлазерной коррекции близорукости /С.Ю.Щукин // Катарактальная и рефракционная хирургия.- 2013.- Т. 13.- № 1. С. 26-29.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ САНДОСТАТИНА И ЦЕМЕТИДИНА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОГДЯК У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Джамиллов Р.Д., А.А. Абдурасулов, А.А. Абдурузиков, Р.А. Зокиров

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. В последние годы, благодаря развитию новых терапевтических альтернативных методов остановки кровотечения, существенно улучшились результаты лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями. Этому способствовало, в частности применение блокаторов H₂ рецепторов гистамина, которые значительно снижают кислотность желудочного сока на протяжении 24 часов. Хотя имеется значительный прогресс в консервативном лечении язвенной болезни, осложненной кровотечением, летальность от этой патологии остается высокой. Несмотря на достижения фармакологии в лечении язвенной болезни желудка, количество осложненных форм гастродуоденальных язв, в частности кровотечений, неуклонно растет. [1,2]. Это объясняется следующими факторами: снижением внимания хирургов к проблеме лечения язвенной болезни, гастроэнтерологов и терапевтов лечить не только язвенную болезнь, но и ее осложнения, и социальным фактором — ростом осложненных форм, связанных с недоступностью и нерегулярностью современной терапии язвенной болезни.

Кровотечение из желудочных и дуоденальных язв как непосредственная причина смерти занимает первое место в структуре смертности от язвенной болезни и намного обгоняет по этому показателю язвенную перфорацию [3]. По данным М.И Кузина, (2001г) благодаря существенному прогрессу, достигнутому в хирургии и анестезиологии, операбельность среди больных пожилого и старческого возраста возросла с 25 до 56%. В то же время летальность у этой групп лиц остается высокой, особенно после выполнения экстренных хирургических вмешательств.

Большая частота заболеваемости и смертности делает проблему язвенных кровотечений общемировой. По данным Управления медицинской статистики Москвы, в 1997-2001г на 40% уменьшилось число плановых операций по поводу язвенной болезни, а число экстренных и неотложных операций увеличилось в 2 раза [4.5].

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного консервативного лечения гастро-дуоденальных язвенных кровотечений у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования. Поиск и развитие новых терапевтических и альтернативных методов остановки гастродуоденальных кровотечений продолжается. Высокая частота развития послеоперационных осложнений и летальности при ОГДЯК у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией требует миниинвазивных методов лечения. Одними из таких методов являются эндоскопический гемостаз и комплекс консервативного лечения с применением таких препаратов, как, Сандостатин, которые в большинстве случаев обеспечивают устойчивый гемостаз. В последнее десятилетие во многих зарубежных странах стали широко использовать препарат «Сандостатин». Этот препарат выпускается фирмой «СЕРНО» (Швейцария).

Механизм действия Сандостатина при гастродуоденальных кровотечениях до настоящего времени остается недостаточно изученным. Однако известно, что данный препарат обладает большой потенцией для ингибирования желудочной секреции в целом и, в частности, соляной кислоты и пепсина. Сандостатин повышает РН желудочного сока до 7-7,5 раз, что способствует усилению агрегации тромбов, формированию тромба, таким образом, прекращая или уменьшая кровотечение. Кроме этого, препарат стимулирует секрецию слизи в слизистой оболочке желудка и снижает активность желудочно-кишечного тракта. Для подавления секреторной функции желудка больным назначают препараты синтетических гормонов «Сандостатин». Сандостатин ингибируя глюкагон способствует более быстрому восстановлению ОЦК, снижает двигательную активность желудочно-кишечного тракта и таким образом уменьшает кровообращение в органах брюшной полости.

Таблица 1. - Эффективность консервативной терапии

Название препарата	Эффективность		
	Количество больных	Эффективен	Неэффективен
Сандостатин	20	18	2
Циметидин	20	16	4

С этой целью 20-ти больным был назначен Сандостатин в дозе 25 мгч путем внутривенной инфузии в течение 5 суток. В результате проведенного лечения гемостаза добились у 18 больных. Этот результат у больных пожилого и старческого возраста можно считать неплохим результатом. После достижения гемостаза препарат следует еще принимать в течение одних суток.

Таблица 2. - Эффективность применение сандостатина и циметидина при ОГДЯК у больных пожилого и старческого возраста

Название препарата	Количество больных	Остановка кровотечения	Рецидив кровотечения	Длительность пребывания в стационаре
Сандостатин	20	18 - 90% 14 - 70 %	2	14 к.д
Циметидин	20		6	17 к.д

С помощью двух групп больных (по 20 человек) изучалась эффективность Сандостатина (1-я группа) и Циметидина (2-я группа) при язвенных кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного лечения кровотечение прекратилось у 88% и 65% больных соответственно в 1-й и 2-й группах. Время остановки кровотечения в 1-й группе было короче почти в 2 раза, чем во 2-й группе, а рецидив кровотечения в 1-й группе был меньше в 2,5 раза, чем во 2-й группе соответственно. Переливаемая кровь для восполнения кровопотери у больных 1-й группы потребовалась на 1,5 дозы меньше, чем для больных 2-й группы соответственно. И, наконец, длительность пребывания в стационаре у больных первой группы была на два дня короче, чем у больных второй группы.

Заключение. Достоверно лучший эффект от Сандостатина, нежели от Циметидина, получили и другие авторы, которые провели такие же обследования. Другие исследователи, применявшие указанные препараты в аналогичных целях, также отдают предпочтение Сандостатину. Показаниями для применения Сандостатина служили высокая степень риска операции у больных пожилого и старческого возраста, высокая степень риска операции у больных с тяжелым общим состоянием при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний.

Список литературы

1. Агзамов Ф.М. Тактика хирургического лечения больных язвенной болезнью пожилого и старческого возраста, осложненной кровотечением или перфорацией язвы; автореф. д-ра мед. наук/ А. Е. Агзамов // -Москва 2009.
2. Джафаров Ч.М. Прогнозирование развития осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: эндоскопические аспекты./ Ч.М. Джафаров, Ф.А. Мамедов // Вестник хирургии 2010 №1. С. 96-97.
3. Евсеев. М.А. Стратегия антисекреторной терапии у больных с кровоточащими и перформативными гастродуоденальными язвами./ М.А. Евсеев, Г.Б. Ивахов, Р.А. Головин. // Хирургия -2009-№12-С.28-30.
4. Красильников Д.М. Тактика хирурга у больных с язвенными гастро-дуоденальными кровотечениями./ Д.М. Красильников. И.И. Хайруллин. Р.А. Зефирова // Практическая медицина. - 2004. - №4- С. 39-41.
5. Стаулис А.М. Хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии./ А.М. Стаулис. // Хирургия 2009 - №3 -С.4

ВЛИЯНИЕ АНТИХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДПК, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Джамилев Р.Д., Абдурасулов А.А., Абдурузиков А.А., Зокиров Р.А.

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Лечение больных пожилого и старческого возраста с гастродуоденальными язвенными кровотечениями (ГДЯК) является наиболее сложной и дискуссионной проблемой современной хирургии. Необходимо отметить, что в настоящее время при ОГДЯК у больных пожилого и старческого возраста не существует идеальной хирургической тактики, вопросы хирургического вмешательства остаются спорными и продолжают обсуждаться в периодической печати и форумах хирургов. Следует отметить, что пациенты старше 60 лет составляют более 35% от общего числа больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением, а оперативное лечение в данной группе больных связано с высоким уровнем послеоперационных осложнений и неблагоприятных исходов, превышающим аналогичный показатель у пациентов молодого и среднего возраста в 4-7 раз.

Несмотря на достижения фармакологии в лечении язвенной болезни желудка, количество осложненных форм гастродуоденальных язв, в частности кровотечений, неуклонно растет. Это объясняется следующими факторами: снижением внимания хирургов к проблеме лечения язвенной болезни, гастроэнтерологов и терапевтов лечить не только язвенную болезнь, но и ее осложнения, и социальным фактором — ростом осложненных форм, связанных с недоступностью и нерегулярностью современной терапии язвенной болезни.

Открытие хеликобактериальной инфекции радикально изменило взгляды врачей на этиопатогенез язвенной болезни. По данным различных авторов, причиной 90% язв ДПК и 80% язв желудка является *H.pylori*.

В настоящее время доказано, что *H.pylori* препятствует заживлению язв и усиливает гибель клеток в краях язвы, а в итоге приводит к хроническому язвенному процессу [1.3]. Медицина в настоящее время не в силах объяснить, почему у одного больного *H.pylori* вызывает перфорацию, у другого - кровотечение, у третьего - стеноз, а у некоторых несколько осложнений язвенной болезни. В большинстве случаев частым и опасным является кровотечение.

Механизм действия *H.pylori* не до конца изучен. В литературе высказывают мнение о том, что *H.pylori* создает благоприятные условия для активации кислотнопептического фактора. [2.4].

В настоящее время стало общепринятым, что все больные с кровоточащей язвой должны быть тестированы на наличие *H.pylori*. Однако не решен вопрос о том, какой диагностический тест предпочтителен для выявления *H.pylori* в острой фазе кровотечения. Все больные с кровоточащей пептической язвой при обнаружении *H.pylori* должны получать соответствующее лечение. Однако пока не определена наиболее эффективная схема ЭТ, имеющая минимум побочных действий.

Если до открытия *H.pylori* в лечении ЯБ ведущее место занимало антисекреторное средство, то после его открытия на первый план выдвинулась антибактериальная терапия.

Цель исследования. Изучения снижения хеликобактерной обсемененности гастродуоденальной слизистой у больных пожилого старческого возраста.

Материалы и методы исследования. Обследование на хеликобактериоз провели у 48 пациентов с ЖКК язвенного генеза, при этом хеликобактериоз различной тяжести диагностировали у 41 больного (85,4%). Из числа больных хеликобактериозом с кровоточащими язвами желудка было 24 (58,5%), с кровоточащими низкими постбульбарными язвами-17 (41,5%). Таким образом, из 17 пациентов с тяжелой степенью хеликобактериоза у 14 из них наблюдалась тяжелая степень кровопотери.

Таблица 1. - Исследование хеликобактериоза у больных с ОЖКК язвенного генеза

Локализация язвы	Число больных	Бактерионосители	
		Число больных	Удельный вес %
Кровоточащие язвы желудка	27	24	88,9%
Кровоточащие язвы ДПК	21	17	80,9%
Всего	48	41	85,4%

Важное значение для профилактики рецидивов кровотечения придавали антисекреторной и антихеликобактерной терапии. Для эрадикационной терапии 48 больным использовали квадротерапию (четырёхкомпонентную терапию). Решением Маастрихтской согласительной конференции по изучению пилорического хеликобактера (2000г), для эрадикационной терапии были рекомендованы схемы 1-й линии, каждая из которых обязательно включает в себя назначение одного из блокаторов протонного насоса в стандартных дозах 2 раза в день.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования хеликобактериоза показали, что наиболее высокие показатели хеликобактерной обсемененности гастродуоденальной слизистой наблюдается при тяжелых профузных дуоденальных кровотечениях.

Эрадикационную терапию 1-й линии (трех компонентную терапию) применяли у 27 больных с ЯЖКК по следующей схеме: 0,04г контралока 2раза в сутки + амоксициллин 1 гх2раза в сутки + метронидазол 0,5гх2р в течение 7 дней. Представленная схема 1-й линии эрадикационной терапии оказалась эффективной лишь для 9 пациентов, в связи с чем в дальнейшем перешли на медикаментозную терапию 2-й линии квадротерапии. Схема квадротерапии 2-й линии представляется следующим образом: 0,04 контралока 2 раза в сутки + де-нол 120 мг4 раза в сутки + амоксициллин 1г 2 раза в сутки + метронидазол 05гх2раза в сутки в течение 7 дней.

Выводы. Об эффективности антихеликобактерной терапии судили по данным клинической картины заболевания и результата исследования секреторной функции желудка, степени тяжести хеликобактериоза, а также и

эндоскопическим критериям. Так, из 48 больных с ОЯЖКК при поступлении 37(74%) пациентов имели жалобы на боли в эпигастрии, изжогу, после проведения дооперационной антихеликобактерной терапии у всех пациентов наблюдалось уменьшение вышеперечисленных жалоб.

Результаты комплексного исследования желудочной секреции у 30 больных показали значительное снижение после проведения антихеликобактерной терапии. Проведенное комплексное антихеликобактерное лечение у 48 больных с ОЯЖКК показало значительное снижение хеликобактерной обсемененности гастродуоденальной слизистой.

Список литературы

1. Абрамов Л.А. Влияние антихеликобактерной терапии на течение язвенной болезни, осложненной кровотечением / Л.А. Абрамов // Р.ж. ГГК, приложение №26. – 2010. – Т. XV, №5. - С. 55.
2. Баркалов С.В. Взаимосвязь распространенности *SagA* штампов *H.pylori* и распространенности гастрита у монголоидов Сибири / С.В.Баркалов О.С Амельгукова // Р.ж ГГК, прилож. №28.М.-2008-том XVI.-№5.-С.45.
3. Казылов И.А. Тактика лечения кровоточащих гастродуоденальных язв / И.А. Козылов, Ф.С. Курбанов // - Хирургия №1 – 2009 –С. 33
4. Липницкий Е.М. Диагностика и лечение хеликобактериоза у больных с кровоточащей пептической язвой / Е.М. Липницкий, А.В. Алегберзаде // Хирургия. – 2009. - №12. - С.11-15.
5. Луцевич Э.В. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений./ Э.В Луцевич, И.Н Белов // От хирургии к терапии? Хирургия. – 2008. - №1.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕСВОБОДНОГО ПАХОВОГО ЛОСКУТА ПРИ ДЕФЕКТАХ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ КИСТИ В ЭКСТРЕННОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ

Джононов Дж.Д., Давлатов А.А., Каримзода Г.Д.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии.

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. При тяжелых повреждениях кисти из-за безперспективности реконструктивной операции нередко стоит вопрос о первичной ампутации конечности. В 30-50% случаев хирургическая тактика требует замещения дефекта полноценными покровными тканями [4,5]. Частота осложнений при открытых повреждениях кисти составляет 20-51,3%, а инвалидность - 30-60 %, причем в 21,6% случаев это связано с тактическими ошибками и в 12% - с техническими ошибками при оперативном лечении [1,3,4]. Обширные открытые травмы кисти составляют от 16,8 до 75% среди всех травм кисти. Наряду с обширными дефектами покровных тканей, в 55,1%-85,5% случаев такие травмы сопровождаются разможением мягких тканей, нарушением целостности сосудов, нервов, сухожилий, костей и в 8,2% случаев сильным загрязнением ран [3,5].

Успех реконструкции при сочетанных повреждениях кисти во многом зависит от восстановления кожных покровов, своевременность которого позволяет сохранить поврежденные структуры, предупредить развитие инфекции, препятствовать избыточному образованию рубцовой ткани и создать необходимые условия для проведения в дальнейшем реконструктивных вмешательств.

Одним из способов хирургического лечения дефектов покровных тканей пальцев и кисти является использование пахового лоскута, примененного впервые J. Mc. Gregor и I. Jackson (1969) для укрытия дефектов кисти.

Цель исследования: изучить эффективность использования пахового лоскута при дефектах покровных тканей пальцев и кисти в экстренном реконструктивной хирургии .

Материал и методы исследования. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за период с 2010 по 2018 гг. в экстренном порядке паховый лоскут был применён у 14 пациентов. Мужчин было 11, (78,6%) женщин – 3 (21,4%). Возраст больных варьировал от 16 до 45 лет. Во всех случаях выполнено несвободное перемещение пахового лоскута на временной питающей ножке с последующей тренировкой и отсечением ножки через 2-3 недели.

Обширные травматические дефекты покровных тканей отмечались в 9 (64,3 %) случаях. В 5 (35,7 %) случаях отмечалось сочетанное повреждение сосудисто-нервных пучков и сухожилий с обширными травматическими дефектами покровных тканей. Размеры дефектов покровных тканей варьировали от 7 до 115 см².

Во всех случаях операция начиналась с блокадой плечевого сплетения. При этом сначала выполняли первичную хирургическую обработку раны с возможной реконструкцией глублежащих структур. Затем переходили на общий - внутривенный или эндотрахеальный наркоз и производили поднятие лоскута с его перемещением на реципиентную зону. Через одну неделю начинали тренировку лоскута путём пережатия ножки мягким кишечным зажимом.

Применение пахового лоскута с целью укрытия травматических дефектов покровных тканей кисти и пальцев проводилось в 10 случаях. Укрытие дефектов тканей в сочетании с реконструктивными операциями выполнялось в 4 случаях. Отсечение ножки пахового лоскута производили на 16 – 20 сутки после операции.

Результаты исследования и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдались все больные. В 13 (93%) случаях отмечалось первичное заживление ран, полное приживление лоскута. В одном (7%) случае после укрытия обширного дефекта паховым лоскутом в результате взятия протяженного по длине пахового лоскута отмечался краевой проксимальной части некроз лоскута. После пересечения ножки пахового лоскута объем некроза не увеличился и на 10 сутки было произведена краевая резекция некротизированного участка пахового лоскута. Дефект оставлен открытым, и после заполнения грануляцией произведена кожная пластика полнослойным кожным трансплантатом из противоположной паховой области.

ки. У 7 (22.4%) больных – с двухсторонни уrolитеазом.34 больным контрольной группы выполнено оперативное вмешательство (табл.1).

Таблица 1

Оперативные вмешательства у больных контрольной группы (n=34)

Характер оперативных вмешательств	Общее количество		Осложнения	
	Абс.	%	Абс.	%
операции	34	100	-	-
Пиелолитотомия	14	52.6	2	-
пиелонефролитотомия	9	21.8	4	9.6
уретеролитотомия	11	25.6	3	-

Значительный прогресс в лечении больных с острым постренальным повреждением почек при мочекаменной болезни произошёл благодаря внедрению в клиническую практику современных технологий. Изучение непосредственных результатов ДЛТ - дистанционная литотрипсия показало, что у 13 (42.5%) пациенты с постренальным повреждением почек при мочекаменной болезни составляют значительное преимущество (табл.2).

Таблица 2

Характер эндоурологических вмешательств (n=13)

Выполненные операции	Абс.	%
Дистанционная нефролитотрипсия справа	3	6.3
Дистанционная уретеролитотрипсия слева	4	7.6
Дистанционная уретеролитотрипсия справа	6	28.6

В 37 (57.5%) наблюдениях операции при мочекаменной болезни с острой постренальной почечной недостаточности проводились последовательно, не выписывая больного из стационара. Характер выполненных последовательных оперативных вмешательств с применением современных технологий представлен в табл.3.

Таблица 3

Характер двухэтапных вмешательств с применением современной технологии (n=37)

Выполненные операции	Абс	%
контактная уретеролитотрипсия справа	17	28.8
контактная уретеролитотрипсия слева	11	16.9
контактная уретеролитотрипсия справа и левая	9	11.8

При лечении острого постренального повреждением почек при мочекаменной болезни из малоинвазивных методов лечения нами широко использовались ДЛТ и контактная уретеролитотрипсия (КУЛТ).

Как следует из табл. 2 и 3, больным с острым постренальным повреждением почек при мочекаменной болезни независимо от выбора подхода к вмешательству, в 13 (42.5%) наблюдениях операции на ДЛТ – дистанционная - литотрипсия выполнены эндоурологическим методом, в том числе в 37 (57.5%) наблюдениях операции на контактной литотрипсии. Причиной проведения традиционной операции при последовательном подходе являлось наличие противопоказаний к применению малоинвазивной технологии.

По показаниям, согласно разработанным в клинике критериям, в шести наблюдениях эффективно использовали методику дистанционной литотрипсии для дробления конкрементов.

Эффективность метода ДЛТ определялась адекватной фрагментацией конкрементов, их элиминацией, отсутствием осложнений во время процедуры. У всех 13 больных с наличием конкремента мочевыделительной системы после литотрипсии была достигнута адекватная фрагментация.

На основании анализа результатов лечения больных с острым постренальным повреждением почек при мочекаменной болезни, выработаны показания и противопоказания к проведению билиарной литотрипсии дистанционным методом. Обязательным требованием выполнения ДЛТ, наряду с другими показаниями, является предварительное проведение эндоурологического метода с целью создания нормальных условий для отхождения конкрементов.

Убедительными показателями эффективности метода ДЛТ при лечении больных МКБ является отсутствие каких-либо осложнений во время процедуры, достижение полной дезинтеграции и отхождение конкрементов из мочевыводящей системы.

Таблица 4

Непосредственные результаты лечения больных с острым постренальным повреждением почек при мочекаменной болезни

Характер послеоперационных осложнений	Методы лечения	
	традиционные (n=34)	современные (n=50)
Нагноение операционной раны	4	
Внутрипочечное кровотечение	3	
Мочевой затек	3	
Острый пиелонефрит		1
Острый простатит		1
Миграция камней в почку		3

Дезинтеграция конкрементов на должном уровне была достигнута у всех (n=13) больных с острым постстренальным повреждением почек при мочекаменной болезни. Следует отметить, что у больных мочекаменной болезнью желаемый результат был получен на первом этапе проведения лечения методом ДЛТ, а среднее количество сеансов для достижения полной фрагментации камней составляло 1.2.

Сравнительный анализ непосредственных результатов симультанных вмешательств, а также этапных операций у больных с острым постстренальным повреждением почек при мочекаменной болезни с применением традиционных и современных методик свидетельствовал о значительном преимуществе современных методов лечения (табл. 4).

Как видно из представленной таблицы, у больных после традиционных оперативных вмешательств отмечали такие осложнения, как нагноение операционной раны (n=4), внутрипочечное кровотечение (n=3), мочевого затек (n=3).

Тогда как из общего числа больных, пролеченных с применением современных технологий, в послеоперационном периоде отмечались такие осложнения, как миграция камней в почку (n=3), острый простатит (n=1) и острый пиелонефрит (n=1), которые были устранены консервативными мероприятиями.

Выводы. ДЛТ и КУЛТ являются эффективными методами лечения мочекаменной болезни, широкое внедрение их в клиническую практику является перспективным и актуальным направлением современной урологии. Сравнительная оценка непосредственных результатов лечения больных с острым постстренальным повреждением почек при мочекаменной болезни выявила преимущества при применении современных технологий, по сравнению с традиционной тактикой, что проявилось в уменьшении количества осложнений и сокращении продолжительности пребывания пациента в стационаре с 12.4 ± 0.82 до 4.5 ± 0.2 койко-дней и снижением летальности до нуля. Полученный положительный опыт применения урологической тактики и современных технологий при лечении больных с острым постстренальным повреждением почек при мочекаменной болезни открывает новые возможности для эффективности результатов лечения. Кроме того, ДЛТ и КУЛТ способствуют скорейшему восстановлению пассажа мочи из обеих почек, сокращают время, необходимое для реабилитации больного и при этом отпадает необходимость в проведении дополнительной госпитализации и анестезии.

Список литературы

1. Аляев А. В., Руденко В.И., Газимиев М. А., Саенко В.С., Сорокин Н.И. Мочекаменная болезнь: современные методы диагностики и лечения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 224 с.
2. Дзеранов Н.К., Байбарин К.А., Казаченко А.В. Качество жизни пожилых больных нефролитиазом. Урология № 1. 2006. – М. Медицина. – С. 7-11.
3. Лопаткин Н.А., Мартов А.Г. Состояние и перспективы развития урологической помощи в Российской Федерации: Материалы X Рос. Съезда урологов. – М., 2009. – С. 5-26.
4. Мартов А.Г., Гушин Б.Л., Аль-Мусави Ш.И., Таршев И.Н., Серебряный С.А., Писенок А.А. Опыт клинического применения полужестких миниуретерореноскопов в диагностике и лечении мочекаменной болезни. Урология № 6. 2014. – М. Медицина. – С. 48-52.
5. Мартов А.Г., Сафаров Р.М., Гушин Б.Л., Кудрявцев Ю.В. Сравнительная характеристика эффективности и безопасности применения различных типов контактных литотриптеров.. – Москва, 2010. – С. 312-313.
6. Усов А.В., Семкин Б.В., Зиновьев Н.Т. Переходные процессы в установках электроимпульсных технологий. СПб.: Наука, 2000. – 160 с.

ФАКТОРЫ РИСКА ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Додхоева М.Ф., Олимова Ф.З., Усманова Г.М.

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино
Кафедра эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Несмотря на современные достижения в вопросах диагностики и лечения, преэклампсия (ПЭ) остается актуальной проблемой в акушерстве. Преэклампсия – осложнение беременности, которое развивается в результате сочетания генетической предрасположенности с внешними и внутренними факторами. Внешние факторы включают географическую широту, особенности климата, характер промышленного и сельского хозяйства в месте проживания, внутренние – возраст первого деторождения, состояние соматического здоровья, акушерский анамнез и его статус при данной беременности. Преэклампсия является частым осложнением беременности, встречается с частотой 2-8% [1]. По данным ВОЗ (2014), 14% случаев материнской смертности связано с преэклампсией [2]. В настоящее время причины ПЭ остаются неясными, поэтому её называют «болезнью теорий», несмотря на многочисленные клинические, эпидемиологические, лабораторные исследования, которые раскрыли некоторые аспекты происхождения ПЭ [3]. Известными факторами риска ПЭ могут быть хроническая гипертензия, ожирение, первородящие, чёрная раса, возраст более 20 и менее 35 лет, болезни почек и материнская инфекция [4]. Более половины всех случаев преэклампсии наблюдается у здоровых первобеременных женщин [5].

Цель исследования. Изучение факторов риска тяжелой преэклампсии.

Материал и методы исследования. Проведено проспективное исследование 316 женщин поступивших в реанимационное отделение городского родильного дома №1 г. Душанбе, у которых была диагностирована тяжелая ПЭ и 65 женщин без признаков гипертензии составили группу сравнения.

Диагностические критерии тяжёлой преэклампсии включали субъективные жалобы, уровень артериального давления (АД), содержание белка в моче, количество тромбоцитов в периферической крови, определение билирубина, мочевины, креатинина и аланинаминотрансферазы (АлАТ) в крови. Всем беременным проведено ультразву-

ковое исследование печени и почек матери, фетометрия плода. Проводилось динамическое наблюдение за функцией жизненно важных органов, профилактика судорог и антигипертензивная терапия, основным компонентом явилось родоразрешение. При стабильном состоянии беременной при сроке гестации менее 34 недель проводилась профилактика респираторного дистресс-синдрома

Профилактика судорог проводилась с использованием сернокислой магнезии, которая заменялась диазепамом при снижении темпа выделения мочи до 25 мл в час. Антигипертензивная терапия проводилась при уровне 160/110 мм. рт. ст. и выше. Преимущественно использовали нифедипин и гидралазин [6].

Статистический анализ материала проводился с помощью прикладных программ «Statistica 10.0» (StatSoft Inc., США), «SPSS 21.0» (IBM, США) на ПК. Вариационная статистика включала в себя вычисление долей (%) для относительных показателей и средних значений со стандартной ошибкой ($M \pm m$) для абсолютных величин. Дискриминантный анализ для относительных величин проводили методом отношения шансов (Odds Ratio) с вычислением медианы и 95% доверительного интервала ($Me [CI 95\%]$). Нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение. Частота тяжелой преэклампсии по данным указанного родо-вспомогательного учреждения составила в г. Душанбе 3,0%. Средний возраст пациенток составил $26,0 \pm 0,4$ лет. Преобладающее большинство беременных женщин, страдающих тяжелой преэклампсией оказалось в молодом возрасте до 30 лет. Домохозяйки составили 85,7%. Было установлено, что 12,1% пациенток с тяжелой ПЭ и страдали гипертензивными нарушениями во время предыдущей беременности.

Основной патологией, на фоне которого наступила и развивалась беременность оказались: пиелонефрит – 54,3%, анемия различной степени – 72,8%, йоддефицитные заболевания – 25,0%, гломерулонефрит - 8,6%, гидронефроз почек - 6,4%, хронический бронхит – 12,9%, хронический тонзиллит – 5,2% и др. Из наиболее частых осложнений беременности в первом триместре следует указать угрозу прерывания у 10,3% пациенток и рвоту беременных у 47,8%. При тяжелой ПЭ ИМТ составил $27,0 \pm 0,4$.

Среди перенесенных заболеваний у женщин с тяжелой ПЭ преобладали ОРВИ – 100,0%, гепатит А – 8,9%, детские инфекции (корь, краснуха, ветряная оспа) в 4,6%. Брюшной тиф в анамнезе был отмечен в 5,9% случаев.

Дискриминантный анализ показал, что из перенесенных заболеваний наиболее часто перенесенный пиелонефрит и йоддефицитные заболевания (ЙДЗ) значительно повышали риски тяжелой преэклампсии (рис.1).

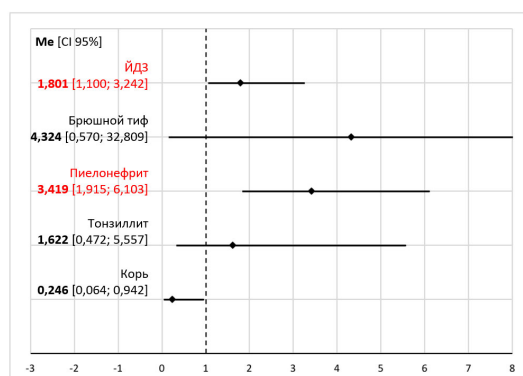


Рис. 1. Отношение шансов (Odds Ratio, n =381) связи преэклампсии с перенесенными заболеваниями (ОРВИ и гепатиты А и Б не имеют никакой связи)

Изучение паритета и акушерского анамнеза показало риски у первородящих женщин (рис. 2). У 35,3% в анамнезе обнаружены репродуктивные потери.

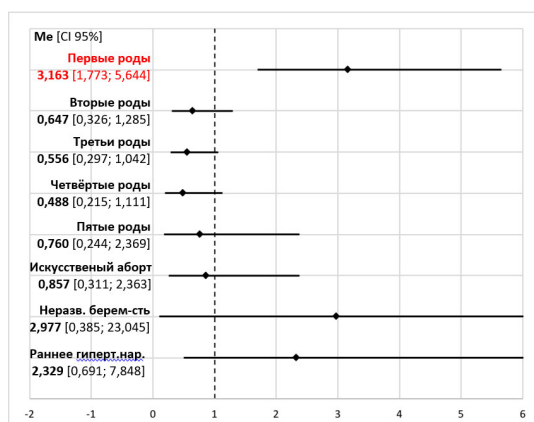


Рис. 2. Отношение шансов (Odds Ratio, n =381) связи преэклампсии с акушерским анамнезом

Выводы. Полученные результаты проведенных исследований показали, что большинство пациенток с тяжелой преэклампсией были молодого возраста, первородящими, домохозяйками и малообразованными, у большинства выявлено наличие двух и более очагов хронической инфекции на фоне анемии, заболеваний почек, щитовидной железы. Приведенные факторы указывают на проведение предбрачной и прегравидарной подготовки, а

также активного и качественного наблюдения в ранние сроки беременности в целевых группах для своевременного выявления, лечения и профилактики преэклампсии.

Список литературы

1. Sibai B.M. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. – Obstet. Gynecol., 2005. - v.105. - № 2. – PP. 402-410.
2. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis / L.Say [et al.] // The Lancet Global Health. - 2014. -V.2. - № 6. - P. 323-333.
3. Акушерство. Национальное руководство / Э.К. Айламазян, В.И. Кулаков, В.Е. Радзинский, Г.М. Савельева. – ГЭОТАР – Медиа. - 2009. – с. 49.
4. Rustveld L.O. Association between maternal infections and pre-eclampsia: a systematic review of epidemiologic studies / L.O. Rustveld, S.F. Kelsey, R.Sharma // Matern Child Health J. – 2008. – № 2. - P. 223–242.
5. Early Pregnancy Prediction of Preeclampsia in Nulliparous Women, Combining Clinical Risk and Biomarkers¹ The Screening for Pregnancy Endpoints (SCOPE) International Cohort Study / L.C. Kenny [et al.] // Hypertension. – 2014. - V.64. - № 3. - P. 644-652.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ПОЛИПОЗЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Достиев А.Р., Салимов Д.А., Боймуродов О.С., Каримов А.М.

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Полипы желчного пузыря представляют собой поражения, которые выступают от стенки к внутренней части желчного пузыря. Они классифицируются как неопухольевые и неопластические полипы. Неопухольевые полипы включают полипы состоящие из холестерина, гиперпластические полипы, воспалительные полипы, аденомы, лейомиомы, фибромы и липомы.

Неопластические полипы включают аденомы, аденокарциномы и плоскоклеточный рак [1]. Согласно второму изданию Гистологической классификации ВОЗ по опухолям желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков, полипов холестерина, аденомиоматозной гиперплазии, воспалительных полипов и ксантогранулематозных холецистит все классифицируются как опухолеподобные поражения [2].

Полипы желчного пузыря встречаются у 0,3–12% здоровых людей [3]. Фактическая распространенность неизвестна; однако в настоящее время полипы желчного пузыря диагностируются чаще из-за широкого использования методов визуализации брюшной полости. Полипы желчного пузыря обычно протекают бессимптомно и часто диагностируются случайно во время рентгенологических исследований, проводимых по другим причинам. Хотя большинство карцином желчного пузыря развиваются из-за дисплазии и карциномы *in situ*, роль аденомы желчного пузыря в патогенезе карциномы желчного пузыря все еще спорны. Большинство из этих повреждений являются доброкачественными; однако из-за плохого прогноза рака желчного пузыря этот диагноз нельзя пропустить. Хотя заболеваемость карциномой у полипов желчного пузыря невелика, важно диагностировать рак желчного пузыря на ранней стадии для достижения хорошего терапевтического результата [4,5].

Целью данного исследования было определение характеристик полипов желчного пузыря для установления надежных критериев холецистэктомии у этих пациентов и определение различий между доброкачественными и злокачественными полипами желчного пузыря.

Материал и методы исследования. Это исследование включило ретроспективный анализ 516 пациентов, которые перенесли лапароскопическую холецистэктомию в следствие полипов желчного пузыря в период с января 2003 года по декабрь 2017 года. Демографические и клинические характеристики всех 516 пациентов перечислены в таблице 1. Средний возраст пациентов и средний размер полипов составляли 43 года (диапазон 23–85) и 10,7 мм (диапазон 1,9–45) соответственно. Среди пациентов 297 (57,6%) были мужчины и 219 (42,4%) женщины. Большинство пациентов (391 пациент, 75,8%) перенесли холецистэктомию, потому что у них был полип размером более 10 мм, что указывает на то, что критерии размера 10 мм могут быть наиболее важным фактором при принятии решения относительно операции в клинических условиях. У некоторых пациентов были специфические симптомы, такие как боль в правом верхнем квадранте или боль в эпигастрии, но другие пациенты жаловались на неопределенную боль в животе, диспепсию, усталость или потерю массы тела.

Статистический анализ данных был выполнен с использованием STATA версии 14.0 (StataCorp LP, College Station, TX, USA). Непрерывные переменные были представлены как среднее значение ± стандартное отклонение. Межгрупповые сравнения проводились с использованием критерия хи-квадрат. Чтобы определить факторы риска развития рака желчного пузыря, отношение шансов было определено с использованием множественного логистического регрессионного анализа. Площадь под кривой (AUC) была рассчитана с использованием кривой рабочих характеристик приемника (ROC) для определения чувствительности и специфичности критериев размера 10 мм для прогнозирования злокачественных полипов. Дальнейшие расчеты были сосредоточены на определении оптимального размера среза для прогнозирования злокачественности. Различия считались значимыми, когда значение P было меньше 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди 516 пациентов, перенесших холецистэктомию, 24 пациента (4,6%) имели раковые изменения. Группа больных раком была значительно старше (65,5 лет (медиана, диапазон 35–85)), чем группа без рака (42 года (медиана, диапазон 23–82)) ($p < 0,001$). В группе рака предоперационный размер полипа при УЗИ был значительно больше (14 мм (медиана, диапазон 9–30)), чем полипов в группе, не относящейся к раку (10,4 мм (медиана, диапазон 1,9–45)) ($p < 0,001$). Используя кривую ROC и принимая во внимание чувствительность и специфичность для прогнозирования злокачественных полипов, 12 мм может быть разумным пределом для рассмотрения злокачественного полипа.

Таблица 1. - Характеристика пациентов

Характеристики		Количество пациентов (%)
Мужской / женский		297(57,6) / 219(42,4)
Возраст (год, медиана (диапазон))		43 (23–85)
	Лапароскопическая холецистэктомия	495 (95,9)
	Открытая холецистэктомия	21 (4,1)
Размер > 10 мм	Размер > 10 мм	391 (75,8)
	Другие (увеличение размера, ненормальные результаты и т. Д.)	125 (24,2)
Размер (мм, медиана (диапазон))		Ультразвуковая эхография
		10,7 (1,9–45)
		<3
		356 (69,0)
		3
		160 (31,0)
Индекс массы тела (кг / м ² , медиана (диапазон))		24,28 (16,68–35,87)
Площадь поверхности тела (кг / м ² , медиана (диапазон))		1,75 (0,92–2,33)
Общий холестерин (мг / дл, медиана (диапазон))		185 (78–295)
Общий билирубин (мг / дл, медиана (диапазон))		0,79 (0,16–5,21)
AST (U / L, медиана (диапазон))		22 (9–147)
ALT (U / L, медиана (диапазон))		21 (5–293)
Уровень глюкозы натощак (мг / дл, медиана (диапазон))		97,5 (63–259)
СА 19-9 (Ед / мл, медиана (диапазон))		8,13 (0,5–42,81)
HBsAg позитивность		25 (4,8)

Таблица 2. - Характеристика полипов

Патологические результаты	Неопухольевый полип	Полип из холестерина	
		Полип из холестерина	289 (56,01%)
		Воспалительный полип	1 (0,19%)
		Желчекаменная болезнь	17 (3,29%)
		Холецистит	85 (16,48%)
		Аденома	100 (19,38%)
		аденокарцинома	23 (4,46%)
		лимфома	1 (0,19%)
Всего			516 (100%)

Таблица 3. - Сравнение не раковой группы с раком

Характеристики		Всего (%)	Не рак (%)	Рак (%)	Р-значение	
Мужской / женский		297 (57,6) / 219 (42,4)	285 (57,9) / 207 (42,1)	12 (50,0) / 12 (50,0)	0,443	
Возраст (год, медиана, (диапазон))		43 (23–85)	42 (23–82)	65,5 (35–85)	<0,001 ^a	
	Лапароскопическая холецистэктомия	495 (95,9)	472 (95,9)	23 (95,8)		
	Роботизированная холецистэктомия с одним участком	21 (4,1)	20 (4,1)	1 (4,2)		
Размер 10 мм	Размер 10 мм	391 (75,8)	368 (74,8)	23 (95,8)		
	Другие (увеличение размера, ненормальные результаты и т. Д.)	125 (24,2)	124 (25,2)	1 (4,2)		
Размер (мм, медиана, (диапазон))		Ультразвуковая эхография	10,7 (1,9–45)	10,4 (1,9–45)	14 (9–30)	<0,001 ^a
Количество полипов		516 (100,0)	492 (95,3)	24 (4,7)		
<3		356 (69,0)	338 (68,7)	18 (75,0)		
≥3		160 (31,0)	154 (31,3)	6 (25,0%)		
Индекс массы тела (медиана (диапазон))		24,28 (16,68–35,28)	24,32 (16,68–35,28)	23,94 (17,48–33,97)	0,39	
Площадь поверхности тела (медиана (диапазон))		1,75 (0,92–2,33)	1,76 (0,92–2,33)	1,69 (1,39–1,94)	0,02 ^a	
Общий холестерин (мг / дл, медиана (диапазон))		185 (78–295)	185 (78–295)	193,5 (91–248)	0,792	
Общий билирубин (мг / дл, медиана (диапазон))		0,79 (0,16–5,21)	0,8 (0,16–2,35)	0,68 (0,2–5,21)	0,19	
AST (U / L, медиана (диапазон))		22 (9–147)	21 (9–147)	23,5 (17–133)	0,045	
ALT (U / L, медиана (диапазон))		21 (5–293)	21 (5–269)	18 (11–293)	0,364	
Уровень глюкозы натощак (мг / дл, медиана (диапазон))		97,5 (63–259)	97 (63–259)	103 (78–212)	0,402	
СА 19-9 (Ед / мл, медиана (диапазон))		8,13 (0,5–42,81)	8,12 (0,5–42,81)	8,97 (3,8–21,26)	0,721	
HBsAg позитивность		25 (4,8)	24 (4,9)	1 (4,1)	0,218	

Выводы. Полипы желчного пузыря с 10–11 мм у бессимптомных молодых пациентов (моложе 50 лет) имеют низкий риск развития злокачественных новообразований, и, следовательно, осторожное «выжидание и наблюдение с использованием стратегии ультразвукового исследования» может быть более подходящим, чем немедленная холецистэктомия.

Список литературы

1. Matos AS, Baptista HN, Pinheiro C, Martinho F. Gallbladder polyps: How should they be treated and when? Rev Assoc Med Bras. 2010;56:318–21.
2. Inui K, Yoshino J, Miyoshi H. Diagnosis of gallbladder tumors. Intern Med. 2011;50:1133–6.
3. Kwon W, Jang JY, Lee SE, Hwang DW, Kim SW. Clinicopathologic features of polypoid lesions of the gallbladder and risk factors of gallbladder cancer. J Korean Med Sci. 2009;24:481–7.
4. Park JY, Hong SP, Kim YJ, Kim HJ, Kim HM, Cho JH, et al. Long-term follow up of gallbladder polyps. J Gastroenterol Hepatol. 2009;24:219–22.
5. Kim SY, Lee HS, Lee YS, Chung KW, Jang BK, Chung WJ, et al. Prevalence and risk factors of gallbladder polyp in adults living in Daegu and Gyeongbuk provinces. Korean J Gastroenterol. 2006;48:344–50.

МЕТОД МИРИНГОПЛАСТИКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДЕЦЕЛЛЮЛЯРИЗОВАННОГО МАТРИКСА КСЕНОБРЮШИНЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Есниязов Д.К. Абатов Н.Т. Бадыров Р.М. Тулегенов Т.С. Кимиль А.Д.
Кафедра хирургических болезней НАО МУК. Казахстан

Актуальность. На сегодняшний день существуют множество различных биологических материалов, отличающиеся как по первичному материалу, так и способами обработки – процессы децеллюляризации и стерилизации [1].

Несмотря на достаточное количество работ по проблеме использования ксеноимплантатов в мировой науке, следует признать неоднозначность приводимых данных разными учёными, а отсутствие исследований применения децеллюляризованного матрикса ксенобрюшины для закрытия дефектов барабанной перепонки так же определяет актуальность планируемого клинического исследования.

Цель исследования: разработать методику мирингопластики с применением децеллюляризованного матрикса ксенобрюшины в эксперименте на кроликах, обосновать применения нового биологического материала.

Материал и методы исследования. Для реализации поставленных задач будет проведен эксперимент на 45 половозрелых кроликах, обоего пола, массой 1500±300 грамм. Животные будут распределены в 3х группах, в 3 подгруппах случайным образом. Первая и вторая группа соответствует применяемому биоимплантату – децеллюляризованному матриксу ксенобрюшины, с толщиной изучаемого имплантата 250 микрон и 500 микрон соответственно; третья группа – контрольная, где будет использована в качестве пластического материала консервированная твердая мозговая оболочка. Каждая подгруппа соответствует сроку наблюдения и выведения животного из эксперимента. Периоды наблюдения: 7 суток, 21 сутки, 30 суток после операции. Эксперимент будет проводиться на левом ухе животных, следовательно, правое ухо будет контрольным.

В качестве критерия приемлемой рандомизации будет считаться отсутствие внешних признаков заболевания и гомогенность групп по массе тела (±10 %). Идентификация каждой особи будет осуществляться путем присвоения каждому животному индивидуального номера меткой красителем на правой ушной раковине. Основные правила содержания и ухода будут соответствовать нормативам, приведенным в руководстве *Guide for care and use of laboratory animals. Eight edition. ILAR publication, 2012, National Academy Press*. Все процедуры по рутинному уходу за животными будут выполняться в соответствии со стандартными операционными процедурами.

После выведения животных из эксперимента на сроках 7 суток, 21 сутки, 30 суток будет произведен забор гистологического материала – участок барабанной перепонки с имплантатом для морфологического исследования и морфометрической оценки клеточного инфильтрата зоны имплантации с подсчетом клеток: гранулоциты, лимфоциты, макрофаги, плазматические клетки, клетки стромы (фиброциты, фибробласты).

Экспериментальная работа с лабораторными животными будет проводиться в соответствии с действующим приказом Министерства Здравоохранения и правил проведения доклинических исследований, медико-биологических экспериментов, с соблюдением международных принципов Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей

Результаты исследования и их обсуждение. Данные полученные в ходе эксперимента должны быть максимально приближены к таковой у человека, что создает более сходные условия при изучении репаративных процессов.

Изучив все доступные нам методики экспериментальных операций (мирингопластики) на животных, мы столкнулись с тем что данные методики не подходят в реализации поставленных нами задач [2,5]. Это привело нас к разработки собственного метода мирингопластики на экспериментальных животных (кроликах).

Оперативное вмешательство производилось под общей анестезии р-ром Кетамина 25мг в/в. Производился горизонтальный разрез длиной 1см у переднего края основания ушной раковины (рисунок 1).

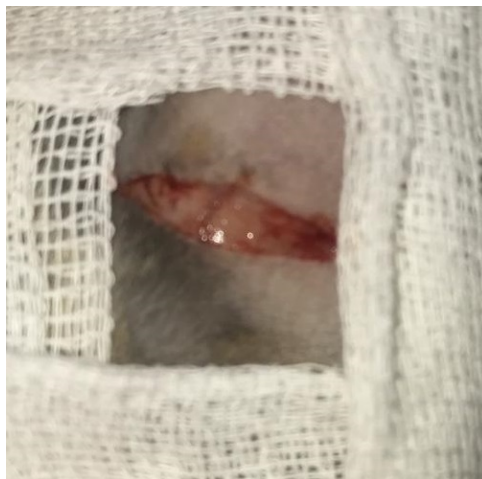


Рисунок 1 – Разрез у основания ушной раковины.

После разведения краев раны кожи с помощью ранорасширителя, тупым путем разводили края раны по направлению первоначального разреза, до обнажения передней стенки наружного слухового прохода. После тщательного гемостаза разрезали наружный слуховой в хрящевой части в месте перехода его в костный, тем самым получили хороший обзор костной части слухового прохода (рисунок 2).



Рисунок 2 – Визуализация границы перехода хрящевой части слухового прохода в костный.

Как известно барабанная перепонка у кролика расположена под углом 90 градусов по отношению ко входу в слуховой проход [4], для более удобного доступа с помощью костных щипцов была удалена наружная костная стенка слухового прохода, что обеспечила хороший обзор барабанной перепонки без применения ушной воронки (рисунок 3).



Рисунок 3 – Удаление наружной стенки слухового прохода.

После тщательного туалета наружного слухового прохода иглой из набора для тимпанопластики производили надрыв барабанной перепонки в натянутой части, важно удалить более 50% барабанной перепонки, так как, существует утверждение, что острая посттравматическая перфорация барабанной перепонки закрывается самостоятельно в течение 7-10 дней, но перфорации барабанной перепонки, занимающие 25% и более площади барабанной перепонки (1 или более квадрант) не закрываются даже на 30 суток после травмы [3]. После удаления части барабанной перепонки мы укладывали лоскут по методу overlay, из биоматериала децеллюляризованного матрикса ксенобрюшины, с толщиной изучаемого имплантата 250 микрон и 500 микрон. Операцию заканчивали наложением

ем на лоскут силиконовой полоски для фиксации лоскута и губки Meroceel. После сопоставили края слухового прохода, края разреза раны кожи ушивали узловыми швами.

Выводы: в результате проведенного исследования по подбору методике мирингопластики в эксперименте на животных, мы пришли к выводу, что наша методика оптимальна с точки зрения скорости проведения операции, меньшей травматизации экспериментальных животных, что влияет на послеоперационных уход, а также на чистоту эксперимента.

Список литературы

1. Абагов Н.Т. Биологические имплантаты в хирургическом лечении грыжи передней брюшной стенки (обзор). / Р.М. Бадыров, А.Н. Абатова, Е.М. Асамиданов, Б.Н. Каукенов // GEORGIAN MEDICAL NEWS No 2 (251) 2016. С. 7-12.
2. Иванова Н.И. Эффективность использования наноструктурированного биологического материала при мирингопластики острых посттравматических дефектов барабанной перепонки. / В.А. Долгов, Н.Н. Шевлюк, П.С. Федюнина, В.А. Деннер // Альманах молодой науки, №4, 2016г. С. 27-28.
3. Курмашова Л. М. Клинические результаты мирингопластик при острых травматических перфорациях. / О. Н. Сопко, Е.В. Болознева // Российская оториноларингология №1(68)2014 С.126.
4. Selmin Karataylı Özgürsoy. Platelet-Rich Plasma Application for Acute Tympanic Membrane Perforations. / M. Emin Tunçkaşık, Fatma Tunçkaşık, Egemen Akıncioğlu, Handan Doğan, Sinan Kocatürk, // J Int Adv Otol 2017; 13(2): 195-9.
5. Sinem Demirdelen. Topical dexpanthenol application improves healing of acute tympanic membrane perforations: an experimental study. / Mehmet Imamoglu, Selçuk Arslan, Ismail Saygin, // ENT Updates 2016;6(3):116–120.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Жакиев Б.С., Айтбаева А.М., Базарбай А.А.

Кафедра хирургических болезней №2 ЗКМУ им. Марата Оспанова,
Казахстан

Актуальность. Механическая желтуха (МЖ) при патологии органов гепатопанкреатодуоденальной области встречается от 12,0 до 45,2%, следует отметить, что при доброкачественной патологии уровень колеблется от 4,8 до 22,5%, а при злокачественных поражениях органов указанной локализации составляет от 36,6 до 47,0% [1,2,3]. В половине случаев причиной возникновения МЖ являются конкременты в желчной системе, новообразования печени, желчных протоков, большого дуоденального сосочка (БДС), поджелудочной железы, желчного пузыря (40%). Среди других доброкачественных причин, вызывающих механическую желтуху, особое место занимают стенозы и атрезии желчевыводящих путей, а также острые воспалительные заболевания – холангит и панкреатит [2,4], требующие к себе особого хирургического подхода. Хирургические вмешательства у больных с механической желтухой выполняемые по экстренным показаниям, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15-30%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда МЖ удастся ликвидировать до операции [4,5]. В связи с этим стали более широко применяться малоинвазивные способы лечения, позволяющие добиться максимального результата при минимальной операционной травме.

Цель исследования - провести оценку эффективности миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении больных с механической желтухой.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения 587 больных с механической желтухой различной этиологии, которым применены эндоскопические методы декомпрессии желчевыводящих путей за период с 2010г. по 2018 г. в клиниках кафедр хирургических болезней ЗКГМУ им. М.Оспанова. Из них 377(64,3%) женщины и 210 (35,7%) мужчины. Большинство пациентов было с механической желтухой доброкачественного генеза — 541 (92,2%) человек, а с онкологическими заболеваниями — 46 (7,8%) больных.

Всем больным перед эндоскопическим вмешательством проводилась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). Показаниями к ЭРХПГ и эндоскопическим вмешательствам были желтуха невыясненного генеза, механическая желтуха, заболевания поджелудочной железы, подтвержденные результатами ультразвукового обследования (УЗИ) компьютерной томографии (КТ) и МРТ. ЭПСТ проводили с использованием видеодуоденоскопа CV-150 XT (Fujinon, Япония), мобильной радиографической установки МСА-6200 (Mobile X-ray Systems, Корея), стационарной радиографической установки Villa Vizomatik (Toshiba, Япония). Для эндоскопической холедохолитэкстракции применяли корзинки Dormia (Fujinon Olympus) и механический литотриптор BML-2Q-1B (фирма Olympus). Эндопротезирование желчных путей осуществляли путем использования протезов для стентирования РВД V602 R1009. d-10 Fr, L-9 см.

В результате выполнения ЭРХПГ в 369 (62,8%) случаях выявлен холедохолитиаз (в том числе после холецистэктомии - у 202 пациентов), стеноз большого дуоденального сосочка – у 140(23,9%) больных, стриктура терминального холедоха – у 59(10,1%), опухоль головки поджелудочной железы – у 12(1,6%), опухоль Клацкина – у 3(1,6%) и стриктура гепатикохоледоха после лапароскопической холецистэктомии – у 4. Сопутствующие заболевания различной степени тяжести наблюдались в 72,1%, значительный процент из выявленной патологии составили заболевания сердечно-сосудистой системы (36,5%), имеющие сочетанный характер.

Результаты исследования и их обсуждение. Эндоскопические вмешательства с целью декомпрессии билиарной системы проводили на 2—3-й день с момента поступления больного в стационар после соответствующей подготовки. В ряде случаев (10—30%) проведенное то или иное эндоскопическое вмешательство являлось оконча-

тельным методом лечения. После уточнения диагноза, с целью декомпрессии желчных путей, канюляционная эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была выполнена 187 (31,8%) больным, эндоскопическая папиллосфинктеротомия с холедохолитозэкстракцией—320(54,5%) больным, из них у 23 больных проводилась механическая литотрипсия с последующим извлечением конкрементов, ЭПСТ и эндопротезирование – у 75(12,7%) и назобилиарное дренирование – у 5. У 4 больных литоэкстракция после ЭПСТ не удалась. Эти больные были оперированы традиционным путем, из просвета холедоха удалены конкременты размерами 3,5х3,0 см.

Эндопротезирование и назобилиарное дренирование проводилось у больных с опухолью Клацкина, с опухолью головки поджелудочной железы и БДС, также при стриктуре гепатикохоледоха после лапароскопической холецистэктомии. Эндопротезирование проводили только после предварительной папиллосфинктеротомии. Всем неоперированным пациентам с установленными эндопротезами в дальнейшем рекомендована замена эндопротеза в связи с их окклюзией билиарным сладжем через 4-5 месяцев. Для продления срока функции эндопротеза больным назначали литолитическую терапию: препараты желчных кислот (урсосан, урсофальк, хенофальк) и антиагреганты (аспирин).

Важным звеном при лечении больных с механической желтухой является медикаментозная коррекция и адекватная по составу инфузионная терапия на фоне проводимой декомпрессии желчных путей. Коррекция водно-электролитных и метаболических нарушений при МЖ проводилась с использованием растворов кристаллоидов (изотонический раствор натрия хлорида, рингера, рингера-локка, 5%раствора глюкозы), а также раствора с антигипоксантным и гепатопротекторным действием. На фоне проводимого лечения на 4-6 сутки отмечалось улучшение состояния и субъективного самочувствия пациентов, устранение клинических симптомов желтухи, а также нормализация клинических и биохимических показателей крови. Поэтому нами 80 пациентам с калькулезным холециститом через 5-7 дней после холедохолитозэкстракции, вторым этапом выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Однако, ЭПСТ доступна только узкому кругу специалистов, сложна технически, по анатомическим причинам не всегда выполнима и не лишена опасности тяжелых осложнений. Общая частота осложнений после эндоскопической папиллосфинктеротомии составила 13,6% (80 случаев). При анализе осложнений после эндоскопических вмешательств, выполненных больным с механической желтухой, установлено, что легкие формы течения острого панкреатита отмечены у 65(11%) больных, из них в 4 случаях была картина асептического и инфицированного панкреонекроза. Больные с деструктивными формами панкреатита оперированы.

После ЭПСТ у 12(2%) больных диагностировано дуоденальное кровотечение, которое было остановлено с помощью эндоскопического гемостаза. У 3 больных отмечено перфорация задней стенки 12 п кишки, все больные оперированы, у одного из них, наступил летальный исход вследствие несостоятельности швов и прогрессирующего эндотоксикоза.

Осложнений, связанных с выполнением транспапиллярного эндопротезирования не отмечено.

Выводы. Миниинвазивные эндоскопические вмешательства являются эффективными способами восстановления желчеоттока при обструкции билиарной системы, которые дают возможность проводить хирургические вмешательства в наиболее благоприятных условиях, в плановом порядке, а у больных пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией могут служить альтернативой хирургическому лечению.

Список литературы

1. Воротынцев А.С. Современные представления о диагностике и лечении желчнокаменной болезни и хронического калькулезного холецистита / А.С. Воротынцев // Лечащий врач – Москва, 2012. – No 5. – С 54.
2. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. — м.: Видар-м, 2009. — 568 с.
3. Винник Ю.С., Серова Е.В., Андреев Р.И., Лейман А.В., Струзик А.С. Консервативное и оперативное лечение желчнокаменной болезни // Фундаментальные исследования. 2013. No 9. С. 954-958.
4. Кононенко С.Н., Баранов Г.А. Результаты эндоскопической и чрескожной декомпрессии желчевыводящих путей при билиарной гипертензии. В кн.: XIV Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. М.; 2010: 180–1.
5. Коробка В.Л., Толстопятов С.В., Вотрин А.Г. и др. Эндоскопические методы лечения больных с обструкцией внепеченочных желчных путей неопухолевого генеза. Всероссийский форум «Пироговская хирургическая неделя» Санкт-Петербургского университета; СПб: Издательство Санкт-Петербургского университета; 2010: 266–7.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Зокиров Р.А., Абдурозиков А.А., Абдурасулов А.А., Джамиллов Р.Д.

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Лечение гнойно-некротических поражений при синдроме диабетической стопы (СДС) представляет собой проблему, далекую от разрешения. Частота высоких первичных ампутаций велика, несмотря на успехи мировой диабетологии [1]. В 2014 году на нашей планете насчитывалось более 382 млн. больных сахарным диабетом. Предполагается, что к 2035 году количество больных сахарным диабетом составит 592 млн. [2,3]. Большую медико-социальную проблему представляет увеличение количества диабетических осложнений, ведущих к инвалидизации и летальности. Одно из наиболее часто встречающихся осложнений сахарного диабета – это ишемия инейропатия. Для успешного лечения дистальнойангиопатия и полинейропатии необходимо правильно поставить диагноз. Несмотря на существование многочисленных методов лечения, с применением современной медикаментозной терапии, частота ампутации нижних конечностей не имеет тенденцию к снижению. В этой связи

комплексная диагностика и лечение синдрома диабетической стопы остаётся до конца нерешенной проблемой эндокринной хирургии.

Цель исследования. Улучшение диагностики и лечения синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы исследования. В нашем исследовании изучены истории болезни 106 больных с синдрома диабетической стопы из них мужчин – 62 (58,1%), а женщин – 44 (41,9%). Возраст больных колебался от 37 до 73 лет. Длительность сахарного диабета от 3 до 21 лет. Всем больным при поступлении в стационар были взяты общеклинические лабораторные анализы, сделаны ЭКГ, УЗИ жизненно важных органов, рентгеноскопия лёгких, для выявления нарушения гомеостаза организма и сопутствующих заболеваний. В послеоперационном периоде проводили цитологическое исследование ран.

Диагностировать заболевание на субклинической стадии помогала электронейромиография, нижних конечностей, при которой исследуется моторная ветвь малоберцового нерва и большеберцовый нерв с обеих сторон. ЭНМГ проводили аппаратом фирмы Sinapsis, производство Германия - Дания, 2009 год.

Комплексное консервативное лечение направлена на: компенсацию углеводного обмена (инсулин дробными дозами), проведение антибактериальной терапии, симптоматической терапии с учетом сопутствующих заболеваний, местное лечение диабетической стопы. Лечение диабетической полинейропатии включает немедикаментозное (режим, диета), консервативное и хирургическое лечение. Наиболее эффективно раннее начало патогенетической терапии, в связи с чем ранняя диагностика имеет важное значение.

Лечения гнойно-некротических поражений стоп зависела от формы поражения, глубины и распространенности местных поражений тканей, характера микрофлоры, наличия остеомиелита стопы. В лечебном процессе больных с тяжелыми гнойно-некротическими формами диабетической стопы участвовали мультидисциплинарная команда специалистов, в которую входили хирург, эндокринолог, кардиолог, невропатолог, сосудистый хирург, анестезиолог и ортопед. Комплексное лечение проводилось на фоне разгрузки пораженной конечности, которая достигается применением костылей, специальной ортопедической обуви, кресла-каталки. Хирургическая тактика при инфицированных формах СДС заключала в обеспечении широкого доступа к гнойно-некротическому очагу, адекватном дренировании, максимальном удалении некротизированных тканей, рациональной антибиотикотерапии, местном лечении гнойно-некротического очага с использованием эффективных лекарственных средств, пластическом закрытии раны. У данной категории больных мы резко ограничили выполнение объемных травматических операций и придерживались принципа органосохраняющей и функционально-щадящей тактики лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Больные с нейропатией жаловались на парестезию, гиперестезию, онемение и в отличии от ишемической формы, безболезненные язвы стопы. У них отмечалось снижение или отсутствие тактильной, болевой, температурной, вибрационной чувствительности, коленного и ахиллового рефлекса. В момент прикосновения к подошвенной поверхности стопы в области 1–го пальца проекции 1–2–го плюснефалангового сочленения монофиламентом весом 10 гр. у 17 (30,9%) больных основной и 21 (33,9%) контрольной группы тактильная чувствительность была снижена. Болевую чувствительность исследовали при помощи «тупой» иглы, в те же точки обеих стоп. Болевая чувствительность считалась тоже нарушенной. Исследование с помощью специального прибора Thipterm показывало, что 23 (41,8%) пациента основной группы и 27 (43,5%) контрольной группы не ощущали разницу температуры в исследуемых точках. Вибрационную чувствительность оценивали при помощи градуированного камертона, который поместили на костные выступы нижних, а затем верхних конечностей. У 28 (50,9%) пациентов основной группы и у 32 (51,6%) контрольной группы показатель шкалы бранше камертона оказался ниже «6», что подтверждало диагноз. Проведенная электронейромиография показала снижение скорости проведения импульса, амплитуды м-ответа по малоберцовому и большеберцовому нерву у всех пациентов. Цитологическая картина нормализовалась быстрее у больных основной группы, причем процесс очищения ран от некротических масс происходил эффективнее. Существенный клинический эффект отмечался у пациентов основной группы, после 10 дней терапии, в отличие от контрольной. У них снизились интенсивность спонтанных болевых ощущение, существенно возросла вибрационная чувствительность. Число больных с восстановлением тактильной и температурной чувствительности увеличилось соответственно в 3 и 4 раза. Определённые положительные результаты получены по данным ЭНМГ. На двигательном нерве отмечалось увеличение амплитуды м-ответа и скорости распространения возбуждения, уменьшение латентного периода. По чувствительному нерву увеличился уровень потенциала действия. Средний срок заживление язв в основной группе составил $16,48 \pm 3,02$ койко-дня и $31,0 \pm 4,35$ в группе контроля. Пребывание больных в стационаре в основной группе в среднем сократилось на 14,52 койко-дней.

Выводы. Проведение своевременного обследования необходимо всем пациентам с впервые выявленным сахарным диабетом для ранней диагностики доклинических форм. Адекватная патогенетическая терапия имеет хорошие клинические эффекты, даже при коротком сроке лечения.

Список литературы

1. Дедов, И.И. Диабетическая стопа / И.И. Дедов, О.В. Удовиченко, Г.Р. Галстян. - М.: Практическая медицина, 2005. – 197с.
2. Котов, С.В. Диабетическая невропатия / С.В. Котов, А.П. Калинин, И.Г. Рудакова. - М.: Медицина, 2000.–232 с.
3. International Consensus on the Diabetic foot DVD – 2011.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Зокиров Р.А., Абдурузиков А.А., Абдурасулов А.А., Джамилев Р.Д.
Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Проблемы лечения больных синдромом диабетической стопы связаны с увеличением частоты заболевания, сложностью механизмов развития, разнообразностью клинических проявлений болезни и ее осложнений, несовершенством хирургической тактики [1]. На фоне развития тяжелого диссеминированного облитерирующего процесса в магистральных артериях голени и стопы или гнойно-некротического поражения тканей в большинстве случаев мало возможностей выполнять у диабетиков реконструктивных операции на сосудах. Консервативное лечение и поясничная симпатэктомиа у таких больных эффективны лишь на начальных стадиях ишемии и не предотвращают развития гангрены [3]. Ежегодно в мире при СД выполняют более 1,3 млн ампутаций нижней конечности. Это означает, что каждые 20 секунд больному диабетом производят такую операцию [4]. В ситуациях, когда отсутствуют пути оттока и выполнение любой реконструктивной сосудистой операции невозможно, либо она непереносима по характеру сопутствующих заболеваний, тогда альтернативой высоким ампутациям являются методы непрямого ревазуляризации. Одним из методов непрямого ревазуляризации, показанной больным СД с дистальной формой поражения артериального русла, является ревазуляризирующая остеотрепанация (РОТ). Только РОТ в сочетании с перевязками у большинства этих больных была бы обречена на неудачу. Поэтому необходим комплексный подход к выбору ревазуляризирующих методов хирургического лечения больных СД с гнойно-некротическим процессом на стопе.

Цель исследования: комплексное лечение больных с хроническими критическими ишемиями нижних конечностей.

Материал и методы исследования. В исследование включены результаты комплексного лечения 51 больного с сахарным диабетом с критической хронической ишемией нижних конечностей. Лечение проводилось в Центре гнойно-септической хирургии на базе ГМЦ №3 г. Душанбе с 2016 – 2018 гг. 24 (52,2%) больных, в лечении которых использовалась ревазуляризирующая остеотрепанация по модифицированному методу В.А. Кислякова в сочетании с катетеризацией нижней надчревной артерии с последующей длительной внутриартериальной инфузионной терапией (ВАИТ) в составе Вазопростан 60мг, составили основную группу. В группу контрольная была включено 22 (47,8%) пациента, их лечили традиционно. Возрастной спектр больных колебался от 52 до 68 лет. Всем больным были проведены общеклинические лабораторные, физикальные методы исследования, УЗДГ сосудов нижних конечностей и КТ ангиография. Пациентам контрольной группы проводили коррекцию гликемии дробным введением инсулина, антибактериальную, ангиотропную и спазмолитическую терапию. Больным основной группы наряду с традиционной терапией, выполняли операцию ревазуляризирующей остеотрепанации по модифицированному методу В.А. Кислякова. На бедре и проксимальной части голени выше и ниже локализации поражения артерии произведены разрезы длиной от 1см до 2 см, тупо раздвинуты мышцы и выполнены 9 остеотрепанационных отверстий на бедренной кости сверлом диаметром 4 мм, 12 остеотрепанационных отверстий на большеберцовой кости голени сверлом диаметром 3 мм. Затем на дистальной части голени в шахматном порядке без рассечения кожи и мягких тканей выполнены 15 остеотрепанационных отверстий на большеберцовой кости голени спицей Киршнера диаметром 2,8 мм. Затем выполнены 8 сквозных остеотрепанационных отверстий малоберцовой кости спицей Киршнера с диаметром 2 мм. ВАИТ проводили с помощью микродозного струйного насоса SN-50 со скоростью 30-50 мл/час.

Результаты исследования и их обсуждение. В основной группе диффузные поражения диагностированы у 8 (33,3%), дистальные окклюзии у 16 (66,7%) больных, в группе контрольная соответственно у 5 (22,7%) и 17 (77,3%) больных. На фоне проводимого комплексного лечения у больных основной группы было отмечено ограничение распространённости гнойно-некротического очага, положительная динамика раневого процесса. К 9 дню от начала лечения раны очистились и покрылись грануляцией с краевой эпителизацией, у 13 (54,2%) больных. У 8 (33,3%) больных отмечено к 14 дню от начала лечения. Этим больным производили резекционные операции на стопе и сохраняли опорную функцию стопы. У 3 (12,5%) больных из-за прогрессирования ишемии и явления эндотоксикации выполнили ампутацию на уровне голени. Отрицательные результаты лечения у больных контрольной группы были значимы. Опорную функцию стопы сохранили у 7 (31,8%) больных. 15 (68,2%) больных подвергались высокой ампутации.

Вывод. Ревазуляризирующая остеотрепанация в сочетании с ВАИТ при лечении больных с ишемическими формами синдрома диабетической стопы эффективно улучшает кровоснабжение ишемизированных тканей нижних конечностей и позволяет уменьшить количество высоких ампутаций.

Список литературы

1. Диагностика и лечение пациентов с критической ишемией нижних конечностей. / Российский консенсус. Председатель рабочей группы А.В. Покровский. - 2002. - С. 24.
2. Характер поражений подколенной и берцовых артерий у пациентов с синдромом диабетической стопы / Л.С. Коков [и др.] // Материалы междунар. симпоз. «Диабетическая стопа». - М., 2005. - С. 92.
3. Гнойно-некротические поражения при нейроишемической форме синдрома диабетической стопы / В.А. Мишиш [и др.] // Хирургия. - 2014. - № 1. - С. 48-53.

СОСТОЯНИЯ ПРОЦЕССОВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ПАЦИЕНТОВ СО СЛОЖНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Зубайдов Т.Н., Абдуллоева Ф.Б., Зубайдова С.Т.

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) довольно часто встречается в колопроктологии и наблюдается у 3-5% взрослого трудоспособного населения. По статистике в структуре колопроктологических пациентов на долю ЭКХ приходится 4-20%. ЭКХ и его осложнения занимают четвертое место после геморроя, парапроктита и анальной трещины [1,2].

В последние годы важное значение в патогенезе многих коло-проктологических заболеваний отводится нарушению перекисного окисления липидов (ПОЛ). Следует отметить, что до настоящего времени в литературе глубоких целенаправленных научных исследований по изучению состояния общей и местной антиоксидантной защиты (АОЗ) при ЭКХ не проведено, что требует дальнейшего изучения. Перспективным является поиск ведущих звеньев патогенеза ЭКХ, основанный на современных аспектах этиопатогенеза данного заболевания. Особый интерес представляет эпителиальный копчиковый ход, осложненный множественными свищами крестцово-копчиковой области [3,4,5].

Несмотря на достигнутые успехи и большое количество исследований, посвященных данной патологии, рецидивы заболевания встречаются у 13-23% больных.

Таким образом, вышеперечисленные обстоятельства свидетельствуют об актуальности этой проблемы и требуют усовершенствования методов хирургического лечения сложных форм ЭКХ.

Цель исследования. Изучить состояния ПОЛ и АОЗ у пациентов со сложными формами эпителиального копчикового хода.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 106 пациентов в возрасте от 16 до 40 лет, страдающих сложными формами ЭКХ, которые находились на стационарном лечении в ГКБ № 5 на базе кафедры общей хирургии №1 ТГМУ имени Абуали ибни Сино за период с 2008 по 2015 гг. Обследовавшиеся больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 52 больных, а в контрольную группу вошли 54 пациента. Мужчин было 78 (73,6%), женщин 28 (26,4%), в соотношении 3:1.

Изучение процессов ПОЛ в тканях крестцово-копчиковой (ККО) области и в плазме крови имеет существенное значение в патогенезе ЭКХ. Исследование ПОЛ путем определения в ней малонового диальдегида (МДА) и диенового конъюгата (ДК) проведено в плазме крови и в биоптатах тканей у 52 пациентов с различными степенями ЭКХ. Больных с I-й степенью ЭКХ было 9, со II - 17, а свищи ЭКХ III степени сложности наблюдались у 26 пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Целенаправленное и глубокое исследование биоптатов тканей крестцово-копчиковой области на ПОЛ у 52 пациентов с разной степенью сложности ЭКХ показало, что интенсификация процессов ПОЛ приводит к увеличению этих продуктов в плазме крови. Защита клеток от интермедиаторов одноэлектронного восстановления обеспечивается, главным образом, ферментативной системой АОЗ.

Результаты исследования показали, что при свищах I степени ЭКХ наблюдается умеренное повышение уровней МДА ($3,802 \pm 0,003$ нмоль/мг) и ДК ($2,402 \pm 0,006$ ед. опт. пл/мг) в плазме крови. При свищах ЭКХ II-III степени и рецидивных свищах уровень показателей ПОЛ (ДК - $2,803 \pm 0,010$; $3,288 \pm 0,006$ ед. опт. пл/мг и МДА - $4,350 \pm 0,001$; $4,950 \pm 0,001$ нмоль/мг) в плазме крови был значительно повышенным (табл.1).

Таблица 1
Состояние показателей ПОЛ у больных со свищами ЭКХ различной степени сложности в плазме крови (M±m) (n=52)

Исследуемая группа	Доноры (n=12)	ЭКХ по степени сложности			P
		I степень (n=9)	II степень (n=17)	III степень (n=26)	
ДК (Ед.опт.пл./мг)	1,300±0,002	2,402±0,006 p ₁ >0,05	2,803±0,010 p ₁ <0,01 p ₂ >0,05	3,288±0,006 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ <0,01	<0,001
МДА (нмоль/мг)	2,400±0,005	3,802±0,003 p ₁ >0,05	4,350±0,001 p ₁ <0,01 p ₂ >0,05	4,950±0,001 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ <0,01	<0,001
Аскорбиновая кислота (Ед/мл)	2,202±0,006	1,600±0,004 p ₁ >0,05	1,201±0,001 p ₁ <0,01 p ₂ >0,05	0,650±0,001 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ <0,01	<0,001
СОД (Ед/мл)	16,392±0,012	11,100±0,009 p ₁ >0,05	8,300±0,006 p ₁ <0,01 p ₂ >0,05	6,200±0,002 p ₁ <0,001 p ₂ <0,001 p ₃ <0,01	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между всеми группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса); p₁ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми у группы доноров; p₂ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми у группы пациентов с ЭКХ I степени; p₃ – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми у группы пациентов с ЭКХ II степени (p₁-p₂ – по U-критерию Манна-Уитни)

При свищах II-III степени сложности ЭКХ происходит активация компенсаторных механизмов организма к действию агентов, активизирующих свободно-радикальное липоперекисление, но при длительном или интенсивном воздействии агрессивных факторов, содержание антиоксидантов может быть недостаточным для поддержания

гомеостаза организма, что может привести к истощению запасов антиоксидантов и обвальному росту процессов радикалообразования.

Результаты проведенных исследований показывают, что при свищах ЭКХ I степени сложности в тканях ККО наблюдается умеренное повышение уровней МДА ($1,1003 \pm 0,0025$ нмоль/мг) и ДК ($0,5598 \pm 0,0009$ ед. опт. пл/мг). При свищах ЭКХ II-III степени сложности ($n=43$) уровень показателей ПОЛ (ДК – $1,3199 \pm 0,0007$ ед. опт. пл/мг и $1,7500 \pm 0,0005$ ед. опт. пл/мг, МДА – $1,6499 \pm 0,0007$ нмоль/мг; $2,0000 \pm 0,0029$ нмоль/мг) в тканях был значительно повышенным (табл. 2).

Таблица 2

Состояние показателей ПОЛ и АОЗ у больных со свищами ЭКХ различных степеней в биоптатах ткани (M±m) (n=52)

Исследуемая группа	Доноры (n=12)	ЭКХ по степени сложности			P
		I степень (n=9)	II степень (n=17)	III степень (n=26)	
ДК (Ед. опт. пл./мг)	$0,2497 \pm 0,009$	$0,5598 \pm 0,0009$ $p_1 > 0,05$	$1,3199 \pm 0,0007$ $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$	$1,7500 \pm 0,0005$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,01$	$< 0,001$
МДА (нмоль/мг)	$0,7501 \pm 0,0008$	$1,1003 \pm 0,0025$ $p_1 > 0,05$	$1,6499 \pm 0,0007$ $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$	$2,0000 \pm 0,0029$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,01$	$< 0,001$
Аскорбиновая кислота (Ед/мл)	$1,2002 \pm 0,0012$	$0,9001 \pm 0,0013$ $p_1 > 0,05$	$0,6501 \pm 0,0007$ $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$	$0,4697 \pm 0,0007$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,01$	$< 0,001$
СОД (Ед/мл)	$4,0001 \pm 0,0013$	$2,8001 \pm 0,0016$ $p_1 > 0,05$	$1,6201 \pm 0,0006$ $p_1 < 0,01$ $p_2 > 0,05$	$0,9000 \pm 0,0008$ $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,01$	$< 0,001$

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между всеми группами (по Н-критерию Крускала-Уоллиса); p_1 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми у группы доноров; p_2 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми у группы пациентов с ЭКХ I степени; p_3 – статистическая значимость различия показателей по сравнению с таковыми у группы пациентов с ЭКХ II степени (p_1 - p_2 – по U-критерию Манна-Уитни)

Сравнительное изучение результатов проведенных исследований показывает, что при ЭКХ II-III степени сложности наблюдается критическое увеличение продуктов ПОЛ в плазме крови и тканях ККО, а также снижение АОЗ, которые оказывают повреждающее действие на ткани и вызывают патогенетические механизмы развития ЭКХ.

Выводы. Результаты проведенных исследований позволяют сделать вывод о том, что при ЭКХ отмечается синдром несостоятельности биологических мембран вследствие дисбаланса в системе ПОЛ и АОЗ, которые приводят к возникновению дегенеративно-деструктивных изменений в поверхностных структурах ККО с переходом на глуболежащие ткани. Одним из наиболее информативных методов, позволяющих оценить патогенетические факторы, является изучение содержания продуктов ПОЛ и состояния местной АОЗ тканей при ЭКХ. Полученные нами результаты диктуют о необходимости выполнения радикального вмешательства на глубокие ткани ККО с проведением антиоксидантной и антигипоксикантной терапии при ЭКХ, как источника аутоагрессии и оксидантного стресса.

Список литературы

1. Муртазаев, Т.С. Клинико-анатомическое обоснование выбора метода хирургического лечения эпителиального копчикового хода и его осложнений: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. С. Муртазаев. - Ставрополь, 2008. – 19 с.
2. Кораблина, С.С. Комплексный подход к лечению эпителиального копчикового хода: дисс... канд. мед. наук / С.С. Кораблина. – Ставрополь, 2014. - 128 с.
3. Влияние перекисного окисления липидов на реологические свойства крови при хроническом толстокишечном стазе / У.Н. Гузеева [и др.] // Актуальные вопросы колопроктологии. Тезисы докладов 1-го съезда колопроктологов России под ред. академика РАМН, проф. Г.И.Воробьева. - Самарский ГМУ, 2003. - С. 419-420.
4. Курбонов, К.М. Антиоксидантная терапия в комплексном консервативном лечении острого тромбоза геморроидальных узлов / К.М. Курбонов, Д.К. Мухаббатов, Н.М. Даминова // Актуальные проблемы колопроктологии. – М., 2005. - С. 99-101.
5. Иброхимов, Ю.Х. Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения неполных внутренних прямокишечных свищей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.Х. Иброхимов. – Душанбе, 2015. – 23с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ У ПАЦИЕНТОВ СО СЛОЖНЫМИ ФОРМАМИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА

Зубайдов Т.Н., Абдуллоева Ф.Б., Зубайдов Н.Т.

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность проблемы. Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) довольно часто встречается в колопроктологии и наблюдаются у 3-5% взрослого населения. В колопроктологических стационарах ЭКХ и его осложнения занимают четвертое место после геморроя, парапроктита и анальной трещины, который обычно проявляется в

наиболее трудоспособном возрасте от 16 до 40 лет. В работе практических хирургов часто встречаются больные с постоянно функционирующими или рецидивирующими гнойными свищами крестцово-копчиковой области. Недостаточная осведомленность врачей практического здравоохранения с исследованиями по данной проблеме приводит к выбору неправильной тактики и метода операции, нередко является причиной использования различных диагностических и лечебных мероприятий, приводящих к возникновению послеоперационных осложнений, переходу заболевания в хроническую форму течения у 10-30% оперированных, удлинению сроков их медицинской и трудовой реабилитации [1,2,3].

Результаты хирургического лечения сложных форм эпителиального копчикового хода в периоде клинических проявлений как в острой (воспалительный инфильтрат, абсцесс), так и в хронической стадии (свищи крестцово-копчиковой области), по-прежнему остаются неутешительными. Несмотря на большое количество исследований, посвященных данной патологии, рецидивы заболевания встречаются у 13-23% больных, а послеоперационные осложнения у 13-24% пациентов. Поэтому дальнейшее изучение этой проблемы представляет определенный научный и практический интерес [4,5].

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения пациентов со сложными формами эпителиального копчикового хода.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 106 пациентов, страдающих сложными формами ЭКХ, которые реабилитировались в ГКБ № 5 на базе кафедры общей хирургии №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино за период с 2008 по 2015 гг. Обследованные больные были разделены на 2 группы. Основную группу составили 52 больных, хирургическое лечение которых осуществлялось по разработанной нами методике с первичным восстановлением непрерывности межягодичной складки. В контрольную группу вошли 54 пациента, хирургическое лечение которых проводилось с применением традиционных методов. Мужчин было 78 (73,6%), женщин 28 (26,4%). Больные были в возрасте от 16 до 40 лет и более. Средний возраст больных составил 25±9,6 лет. Все больные были в активном трудоспособном возрасте. Соотношение мужчин и женщин составило примерно 3:1. У 48 (92,2%) пациентов основной группы первичный источник локализовался в средней линии. У 3 (5,8%) больных первичный источник локализовался в левой ягодице, а у одного (1,9%) - в правой ягодице. Причиной возникновения вторичных свищевых отверстий явилось обострение перенесенного заболевания. У большинства обследованных 42,5%(n=45) имелись три и более свищевых отверстий, у 29,2% (n=31) - два свищевых отверстия, у 28,3% (n=30) – одно свищевое отверстие. Множественные свищевые отверстия в основном были у больных, имевших в анамнезе неоднократные обострения хронического эпителиального копчикового хода. Все пациенты госпитализированы в клинику с длительностью анамнеза заболевания более одного года и большинство из них несколько раз перенесли оперативное вмешательство. При выборе хирургического пособия в обязательном порядке учитывали выраженность и распространенность воспалительного процесса, особенности строения ягодично-крестцово-копчиковой области, а также выраженность оволосения кожи в области операции, инфицирование ее в связи с близостью заднего прохода и др. Высота стояния ягодиц является одним из ведущих факторов, оказывающих влияние на результаты радикальных операций при ЭКХ и его гнойных осложнений.

Результаты исследования и их обсуждение. Показателями адекватности проведенного хирургического лечения больных при сложных формах ЭКХ, являются уменьшение количества послеоперационных осложнений, а также создание благоприятных условий для заживления раны в ближайших сроках наблюдения. В связи с этим, нами проведен анализ причин возникновения гнойно-воспалительных осложнений и рецидивов заболевания. Сравнительный анализ количества гнойно-воспалительных осложнений показал, что число осложнений в основной группе больных значительно меньше по сравнению с больными контрольной группы.

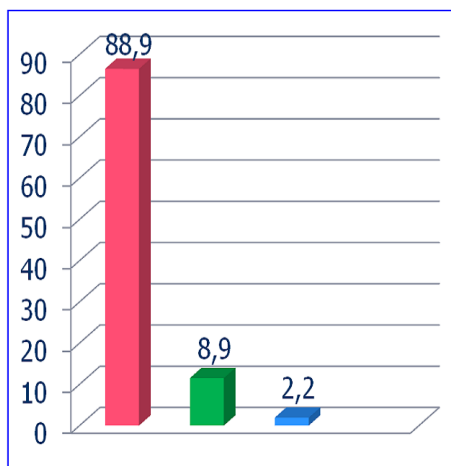
Контрольную группу составили 54 (50,9%) пациента, которые были прооперированы традиционными методами без проведения комплексной предоперационной подготовки. У этой группы больных всего возникло 13 осложнений. Наиболее частым осложнением было нагноение раны. Оно встретилось у 5 пациентов, причем у 2 оперированных возникло частичное, а у 3 - полное нагноение раны.

Основную группу составили 52 (49,1%) пациента, которым применяли дифференцированный метод лечения. Следует отметить, что 6 осложнений возникло у 4 оперированных данной группы. Нагноение возникло лишь в 2 (3,8%) случаях, полного нагноения ран не было. Частичное нагноение раны встретилось у 2 больных со средним стоянием ягодиц с подшиванием краев раны к ее дну.

Для оценки отдаленных результатов хирургического лечения сложных форм ЭКХ нами были использованы следующие критерии (**Рац. удост. № 3523/P678 выд. ТГМУ от 23.10.2016 г.**):

1. Хорошие – отсутствие рецидива заболевания и осложнений.
2. Удовлетворительные - отсутствие рецидива заболевания, но при наличии явлений осложнений (дискомфорт, деформация ККО).
3. Неудовлетворительные – имеется рецидив заболевания и наличие явлений осложнений (дискомфорт, деформация крестцово-копчиковой области).

При анализе отдаленных результатов нами получены следующие данные: хорошие результаты в основной группе в 88,9% случаев, а в контрольной – 74,5%, удовлетворительные - в 8,9% и 17% соответственно. Неудовлетворительные результаты отмечены в основной группе в 2,2%, а в контрольной группе они составили 8,5% случаев (рис. 1).



Основная группа



Контрольная группа

Рис. 1. Отдаленные результаты лечения пациентов в основной и контрольной группах

Отдаленные результаты, которые были изучены у 45 больных основной группы, рецидив заболевания выявлен лишь у 1 (2,2%) пациента. Причиной рецидива послужило неполное удаление патологического очага в пределах здоровых тканей и неадекватное дренирование полости основной раны. Периодическое появление болей и чувство зуда в крестцово-копчиковой области зафиксировано у 2 (4,4%) пациентов, у 1 (2,2%) пациента отмечалась грубая рубцовая деформация ягодично-крестцово-копчиковой области. Разрастание келоидного рубца отмечено у 1 (2,2%) пациента основной группы.

Из 47 пациентов контрольной группы, у которых удалось изучить отдаленные результаты лечения, рецидив заболевания выявлен у 4 (8,5%) больных. Причинами рецидивов в 3 случаях послужило неполное удаление патологического очага в пределах здоровых тканей и в одном случае образование ложного хода, вследствие нависания нижнего края формирующегося послеоперационного кожного рубца над раной.

Сравнительное изучение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения сложных форм ЭКХ показало значительное преимущество разработанных комплексных мер профилактики перед традиционными методами, которые своевременно предупреждают развитие гнойно-воспалительных осложнений и рецидива заболевания, ускоряют процессы заживления раны, уменьшают сроки временной нетрудоспособности больных.

Выводы. Для достижения успехов оперативного вмешательства при сложных формах ЭКХ необходимо проведение комплекса мероприятий предоперационной подготовки пациентов, соблюдение основных принципов техники операции, правильная оценка показаний и противопоказаний к оперативному вмешательству, а также дифференцированный выбор метода операции с рациональным послеоперационным ведением больных, способствующие снижению количества гнойно-воспалительных осложнений и рецидивов заболевания.

Список литературы

1. Муртазаев, Т.С. Клинико-анатомическое обоснование выбора метода хирургического лечения эпителиального копчикового хода и его осложнений : автореф. дис. . канд. мед. наук / Т. С. Муртазаев. - Ставрополь, 2008. – 19с.
2. Помазкин, В.И. Анализ результатов лечения эпителиального копчикового хода при дифференцированном выборе операции / В.И. Помазкин // Уральский медицинский журнал. - 2010. - №4. - С.36-39.
3. Кораблина, С.С. Комплексный подход к лечению эпителиального копчикового хода: автореф.дис... канд.мед. наук / С.С. Кораблина. - Ставрополь, 2014. –С.75-76.
4. Батищев, А.К. Подкожное иссечение эпителиального копчикового хода: автореф. дис... канд. мед. наук / А.К. Батищев. - Ставрополь, 2014. – С.130-135.
5. Никулин, Д.Ю. Дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения эпителиального копчикового хода: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д. Ю. Никулин. – Ставрополь, 2011. - 24 с.

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Зугуров А.Х.¹, Султанов Д.Д.^{1,2}, Курбанов Н.Р.², Камолов Р.С.²

¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино ²Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

Актуальность. Одной из проблем современной экстренной ангиохирургии по сей день остаётся оказания помощи больным с острой артериальной непроходимостью верхних конечностей. Частота встречаемости острой ишемии конечностей в США и странах Европы составляет от 50 до 100 случаев на 100 000 населения, при этом в 5,5–14,6% случаев после лечения у больных наблюдается снижение качества жизни ввиду потери функций конечности или её ампутации [1]. Ежегодно среди населения Англии и Уэльса, более стью верхних конечностей (ОАНВК), при этом смертность составляет до 20% случаев, а ампутация конечности производилась в более чем 30% [1-2]. В среднем же по миру частота ампутаций конечности при ОАНВК колеблется в пределах 15–40% слу-

чаев, а летальность достигает высоких цифр и лежит в пределах 25–50% [1, 3]. Значительной преградой на пути достижения оптимальных результатов лечения больных с ОАНВК является поздняя постановка правильного диагноза и, как следствие этого, позднее поступление больных. Согласно данным Н. Naimović, лишь 10–15% больных поступают в период 6–8 часов после наступления первых признаков заболевания, который считается «золотым промежутком времени» для начала вмешательства, ввиду того, что по прохождению данного промежутка начинается отмирание мышечных клеток [3]. Несмотря на разработку и внедрение самых современных диагностических технологий, новых методов операций и лекарственных препаратов частота выполнения ампутаций при ОАН на сегодняшний день остается на высоком уровне – 30% [4].

Цель исследования. Выбор методов лечения больных с эмболиями и острыми тромбозами артерий верхних конечностей в зависимости от сроков ишемии.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 124 больных с ОАНВК, которые поступили в экстренном порядке в отделение сосудистой хирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии в период с января 2012 по июль 2019 года. Женщин было 75, мужчин 49. Возраст больных колебался от 17 до 82 лет. Средний возраст – $55,6 \pm 4,2$ года. У 38 больных ОАН была правосторонней, у 86 больных левосторонней. Двусторонних поражений не наблюдалось. Сроки поступления больных составили от нескольких часов до одного месяца. Среди причин, вызвавших острую ишемию конечностей, острый тромбоз отмечен у 45 (36,3%) пациентов, эмболия в различных артериальных сегментах ВК – в 79 (63,7%) случаях. Следует отметить, что больные с травматической острой ишемией ВК не были включены в наше исследование. В структуре заболеваний, которые привели к ОАН, преобладали гипертоническая болезнь (78 пациентов), облитерирующий атеросклероз (9 пациентов), ИБС – у 19 больных, нарушение ритма сердца (в 33 случаях), постинфарктный кардиосклероз (в 8 случаях), ревматизм (в 6 случаях), сахарный диабет 2 типа (10 пациентов), анемия средней и тяжелой степени – у 30 больных, ожирение – у 12 больных, клапанные дефекты – у 4 больных и неспецифический аортоартериит в 1 случае. Следует отметить, что чаще встречалось сочетание патологии нескольких систем организма. Степень острой артериальной ишемии оценивали согласно классификации Савельева В.С. с соавторами (1974г.). Распределение пациентов по степени острой артериальной ишемии: 1А степень – 3 (2,4%), 1Б – 2 (1,6%), 2А – 18 (14,5%), 2Б – 58 (46,8%), 3А – 22 (17,7%), 3Б – 13 (10,5%), 3В – 8 (6,6%) больных. У большей части больных (119) ишемия конечностей была тяжелой и достигала II–III степени. С целью изучения клиники ишемии ВК подвергались тщательному анализу все жалобы больного. Всем больным проводилось ангиологическое обследование, включающее пальпацию лучевой, локтевой, плечевой, подмышечной и подключичной артерии в стандартных точках на симметричных уровнях обеих ВК. Кроме общеклинических методов исследования, больным на догоспитальном и дооперационном периодах проведен комплекс методов исследования, включавший ультразвуковую доплерографию (УЗДГ), ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) и ангиографию по показаниям.

Результаты исследования и их обсуждение. Оптимальным временем для выполнения лечебных мероприятий у больных с ОАНВК считается первые 6 часов от момента начала заболевания. Восстановив кровообращение в конечности в этот период, практически удавалось добиться хороших результатов лечения больных, а также обеспечить гладкое течение процессов заживления и восстановления функции конечности в послеоперационном периоде. Однако по тем или иным причинам только 18% (22 пациентов) больных поступили в специализированное учреждение в период до 6 часов от момента начала заболевания.

Подавляющий контингент оперированных нами больных – это лица пожилого и старческого возраста с тяжелой патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Тяжесть их состояния, а также выраженная ишемия конечностей диктовали необходимость скорейшего и адекватного восстановления кровообращения в пораженной конечности. Методы хирургических вмешательств были различными и выбирались индивидуально в каждом конкретном случае в зависимости от данных ультразвукового и ангиографического исследований, находок при интраоперационной ревизии пораженных сосудов, возраста и тяжести состояния больных, а также от возможностей оперирующего хирурга.

Наиболее распространенными операциями у наших больных являлись эмбол- и тромбэктомия (62%), которые дополнялись эндартерэктомией, симпатэктомией и фасциотомией. Протезирование пораженного участка артерии выполнено у 2 больных, шунтирующие операции – у 4 больных. У 3 больных после произведенной тромбэмболэктомии выполнена боковая пластика артерий венозным трансплантатом. В группе с эмболиями (79) 71 больному были выполнены 82 операции. Восемью больным с дистальными поражениями артерий, ввиду крайней тяжести состояния, и невозможности проведения хирургических манипуляций, было назначено консервативное лечение. 16 больным из 71 оперированного операция была выполнена в отсроченном порядке, после стабилизации функций других систем. У больных с острым тромбозом (45) в 31 случае были выполнены 40 оперативных вмешательства. 14 больным было назначено консервативное лечение. В 48,4% (15 больных) случаев операции были выполнены в отсроченном порядке. Повторные операции в обеих группах выполнены 18 больным из 102 оперированных. В послеоперационном периоде ретромбоз возник в 14 случаях (у некоторых больных ретромбоз возникал неоднократно). Некроз ампутационной культи возник у двух больных, что стало причиной выполнения им реампутации. Тромбоз аутовены – в 1 случае, лимфорей – в 4 случаях. У троих больных наблюдались явления флеботромбоза ампутационной культи, которые были устранены консервативным путем. Из неспецифических осложнений следует выделить инфаркт миокарда, который наблюдался в 3 случаях, инсульт – у 5 пациентов, гипертонический криз – у 2 пациентов. Кровообращение конечности восстановлено у 108 больных (87,1%). 11 (8,9%) больным была выполнена ампутация конечности. Летальные исходы наблюдались в 5 (4%) случаях в группе с эмболиями ВК. Основной причиной смерти наших больных послужила тромбэмболия артерий головного мозга, сердечно-сосудистая недостаточность на фоне интоксикации, обусловленная гангреной конечности. Положительный эффект от проведенного консервативного лечения с сохранением конечности получен в 20 случаях.

Выводы. Ввиду несвоевременной диагностики, быстрого течения заболевания, влияния сопутствующей патологии, частота радикальных операций при ОАНВК остается высокой. Улучшение результатов лечения этой тяжелой патологии состоит в более точном определении показаний и сроков оперативных вмешательств, разработке четких критериев выбора хирургической тактики.

Список литературы

1. Губка В.А. Результаты лечения больных с острой артериальной ишемией конечностей / В.А. Губка, И.А. Коноваленко, А.В. Суздаленко // Патология. – 2015. – №
2. – С. 55-58. 2. Donnally R. ABC of arterial and venous disease / R. Donnelly // N.J.M. London. – Oxford: BMJ I Books. – 2009. – P. 9–22.
3. Haimovici H. Arterial embolism of the extremities and technique of embolectomy / H. Haimovici // Haimovici's Vascular Surgery, Fifth Edition. – 2008. – P. 373-408.
4. Haskal Z. Mechanical thrombectomy devices for the treatment of peripheral arterial occlusions / Z. Haskal // Rev. cardiovasc. Med. – 2002. – N 3. – P.45-52.

ОСОБЕННОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМЕ

Ибадов Р.А., Арифжанов А.Ш., Ибрагимов С.Х., Абдуллажанов Б.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени акад. В. Вахидова». Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Абдоминальный компартмент-синдром (АКС) является очень тяжелым осложнением травм и заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Его пусковым механизмом служит существенное повышение внутрибрюшного давления. Появление этого синдрома достоверно приводит к развитию патофизиологических изменений с формированием полиорганной недостаточности с очень высокой летальностью, поэтому в данной группе пациентов жизненно необходимы мониторинг внутрибрюшного давления, адекватная инфузионная терапия, своевременная декомпрессия и выбор оптимального режима респираторной поддержки [1,2,3].

Цель исследования: изучить эффективность разработанного протокола респираторной и интенсивной терапии АКС у пациентов, находящихся на продленной ИВЛ (ПИВЛ).

Материал и методы исследования. В исследование вошли 46 пациентов в возрасте 48-63 года, находившихся на ПИВЛ после реконструкции передней брюшной стенки и аллогерниопластики по поводу вентральных грыж передней брюшной стенки в ОРИТ ГУ «РСПМЦХ им. акад. В.Вахидова» за период с 2009 по 2019 гг.

Установление интраабдоминальной гипертензии (ИАГ) осуществлялось согласно рекомендациям Final 2012 WSACS Consensus Management Statements и IAH/ACS Management Algorithm.

Индекс Кетле (ИМТ) у всех пациентов был выше 32,3; средняя масса тела 128,3±2,1 кг, при этом у всех пациентов показатели внутрибрюшного давления (ВБД) соответствовали II-III степени. Всем пациентам для улучшения экскурсии грудной клетки проводилось возвышение (45-50°) головного конца кровати с подложенным валиком под поясничную область, для снижения ВБД применяли декомпрессию верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), раннюю медикаментозную стимуляцию кишечника и эпидуральную анестезию.

Диагностика и оценка степени повреждения легких основывалась на диагностических критериях «Берлинской дефиниции» - результатах согласительной конференции в Берлине 2011 г. и шкале Lung Injury Score – LIS.

Оксигенотерапия проводилась в соответствии с концепциями «безопасной ИВЛ» и «безопасной гипоксемии» в режимах принудительной и вспомогательной вентиляции с поддержкой инспираторного давления.

Критериями эффективности респираторной поддержки служили: PaO₂/FiO₂ более 300 мм рт. ст., уменьшение инфильтрации на рентгенограмме (и/или КТ) грудной клетки, увеличивающаяся в динамике статическая податливость, сопротивление дыхательных путей менее 10 мбар/л/с, жизненная емкость легких более 15 мл/кг, восстановление кашлевого рефлекса и кашлевого толчка.

Результаты исследования и их обсуждение. В первые 3-е суток после операции высокое ВБД (15-20 ммрт.ст.) сохранялось во всех случаях исследования, что было связано с постоперационным парезом кишечника в 27 случаях и напряжением передней брюшной стенки по причине постоперационной боли – в 15 случаях, кроме того в последующие 3-5 суток у 26 пациентов отмечается увеличение ВБД до 25,4±0,7 ммрт.ст. Появление перистальтики на фоне эпидуральной анестезии способствовало уменьшению участия вспомогательных мышц в акте дыхания и стабилизации ВБД в пределах 9-13 ммрт.ст. на 10-14 сутки. Улучшение PaO₂/FiO₂ наблюдалось у всех исследуемых пациентов (исход – 108,7±22,4, 5-сутки – 184,8±22,4). Длительность ИВЛ составила 6±2,4 суток.

Вывод: Применение разработанного протокола интенсивной терапии пациентов с АКС приводит к нормализации ВБД, улучшению общего и респираторного статуса пациентов. В частности, режимы ИВЛ с поддержкой инспираторного давления способствуют более равномерному распределению газа, лучшей вентиляции базальных отделов легких, эффективности в отношении коррекции гипоксемии, уменьшения отрицательного влияния механической вентиляции на паренхиму лёгких, предотвращения атрофии респираторных мышц, сокращения длительности респираторной поддержки и частоты развития вентилятор-ассоциированной пневмонии.

Список литературы

1. Гаин, Ю. М. Синдром абдоминальной компрессии в хирургии// Белорусский мед. журн. - 2015. - № 3 (9). - С. 31-37.

2. Рощин Г.Г. Синдром абдоминальной компрессии: клинко-диагностические аспекты// Украинский журн. экстремальной медицины им. Г.О. Можаяева. - 2018. - Т. 3, № 2. - С. 67-73.
3. Ball C.G., Kirkpatrick A.W. Progression towards the minimum: the importance of standardizing the priming volume during the indirect measurement of intra-abdominal pressures // Crit. Care - 2016. - Vol. 10, №4. - P. 153.

ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННЫЙ ТРАХЕОБРОНХИТ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х., Шаниева З.А., Абдуллажанов Б.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова». Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Общеизвестно, что в процессе старения в организме наступают многочисленные инволютивные изменения, характеризующиеся снижением функциональных возможностей органов и систем, снижением, а в ряде случаев, извращением обменных процессов, уменьшением реактивности организма, дие корреляцией водных секторов (клеточного, интерстициального, ОПК) и т.п. В этой связи, ведение больных с тяжелыми хирургическими патологиями, ввиду наличия инволютивной органной и системной недостаточности, сопряжено с повышенным операционно-анестезиологическим риском, осложнениями раннего послеоперационного периода, и, как следствие, повышенной летальностью [1, 2, 3].

Цель исследования. Установить этиологические, патогенетические и клинические особенности вентилятор-ассоциированного трахеобронхита, возникающего у больных с полиорганной недостаточностью в период проведения искусственной вентиляции легких.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 48 пациентов, находившихся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии, в возрасте от 18 до 60 лет.

Больные были распределены на две группы: основная группа (n = 25) - пациенты после расширенных торакоабдоминальных операций осложненных полиорганной недостаточностью у которых в стандартном комплексе интенсивной терапии с целью санации трахеобронхиального дерева (ТБД), полости рта и при проведении санационных фибробронхоскопий (ФБС) использовался отечественный антисептический препарат ФАРГАЛС. При санационной ФБС проводилась трехкратная санация раствором ФАРГАЛСа в соотношении 1:7 с дистиллированной водой. Группа сравнения (n = 23) - пациенты после расширенных торакоабдоминальных операций осложненных полиорганной недостаточностью у которых вышеуказанные процедуры осуществляли с использованием раствора 0,9% NaCl. Все пациенты обеих групп находились на ИВЛ 7 и более суток. Указанные группы были репрезентативными по основным клиническим и половозрастным характеристикам. Все больные обеих групп исследования получали традиционный комплекс интенсивной терапии. Респираторная поддержка проводилась до устойчивой стабилизации внешнего дыхания, газового состава крови и восстановления адекватной насосной функции сердца. При необходимости осуществляли вазопрессорную и инотропную поддержку, аналгоседацию. Всем пациентам проводилась эмпирическая антибиотикотерапия препаратами широкого спектра действия с последующей деэскалацией согласно результатам микробиологических посевов. Стандартная эмпирическая антибиотикотерапия в обеих группах включала комбинацию трех антибиотиков из групп цефалоспоринов III поколения, фторхинолонов II–III поколения и метронидазола. Деэскалационная антибиотикотерапия в соответствии с результатами микробиологических посевов проводилась с использованием препаратов из групп защищенных цефалоспоринов, карбапенемов и гликопептидов. Нами проводились рентгенография органов грудной полости в динамике, микробиологические посеы секрета из ТБД на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, эндоскопическая оценка состояния ТБД по результатам ФБС. Исследовалась динамика клинических и лабораторных показателей.

Результаты исследования и их обсуждение. При бактериологическом исследовании микрофлора была выделена у 36 из 48 обследованных пациентов. Выявлено превалирование грамотрицательной микрофлоры: *Pseudomonas aeruginosa* - 44,6 %, *Acinetobacter baumannii* - 21,6 %, *Escherichiacoli* - 7,5 %, *Klebsiellapneumoniae* - 5 %, *Enterobacter spp.* - 2 %. Среди грамположительной микрофлоры преобладали *Staphylococcus aureus* - 8,25 %, *Staphylococcus epidermidis* - 3 %, *Enterococcusfaecalis* - 1,6 %. Грибы рода *Candida* выделены в 6,25 % случаев.

При раннем вентилятор-ассоциированном трахеобронхите, возникшем в течение первых 5 суток с момента начала ИВЛ, в качестве возбудителей доминируют микроорганизмы, обычно колонизирующие ротоглотку (*S.pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *S.aureus*), которые имеют высокую чувствительность к антибиотикам. Напротив, при позднем вентилятор-ассоциированном трахеобронхите (более 5 суток ИВЛ) начинает преобладать полирезистентная нозокомиальная микрофлора (*P.aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*). При оценке эндоскопической картины течения ВАП отмечено развитие диффузного гнойного эндобронхита II–III степени. При этом развитие гнойного эндобронхита III степени наблюдалось только у 5 пациентов в основной группе (с применением антисептического раствора ФарГАЛС) и у 16 - в группе сравнения.

Выводы. Выявлено, что одним из главных факторов, определяющих развитие и течение вентилятор-ассоциированного трахеобронхита является воздействие инфекции. Наиболее выраженные воспалительные изменения слизистой ТБД отмечались при *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter*.

В ходе терапии отечественного раствора ФАРГАЛС отмечен более быстрый регресс эндоскопической картины вентилятор-ассоциированного эндобронхита.

При оценке динамики эффективности антибактериальной терапии в отношении эрадикации возбудителей легочной инфекции наблюдалось положительное влияние ФАРГАЛС на повышение чувствительности к антибиотикам, что отражалось в положительном бактериологическом эффекте антибиотикотерапии в 85% случаев.

Список литературы

1. Бунятяна А.А., Мизикова В.М. Анестезиология: нац. рук.//под ред. ; Федерация анестезиологов и реаниматологов; АСМОК. - крат. изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 656 с.
2. Заболотских И.Б., Шифмана Е.М. Анестезиология-реаниматология: клинические рекомендации// под ред.; Федерация анестезиологов и реаниматологов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 960 с.
3. Потемкин А.Ю. Выбор компонентов общей анестезии при повторных хирургических вмешательствах на органах брюшной полости-// Автореферат днес на соискание уч. ст, х.м.н., Москва, - 2016. - 25 с.

МЫШЕЧНАЯ ТРАНСПОЗИЦИЯ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Ибрагимов Э.К., Махмадкулова Н.А., Мансуров Х.Н., Кахоров А.З., Аиуоров А.С.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Хирургическая коррекция застарелых повреждений нервных стволов верхних конечностей нередко приводит к потере функции кисти и является одним из основных факторов инвалидизации пострадавших. Анализ литературы последних десятилетий показывает, что частота инвалидизации при изолированном повреждении лучевого нерва достигает до 67% [1]. Вместе с тем результаты своевременного восстановления нервного ствола также остаются малоутешительными, а утраченная функция кисти требует применения более сложных методов реконструкции [2].

Восстановление функциональной способности кисти и пальцев при застарелом повреждении лучевого нерва, в основном, достигается путем применения различных вариантов сухожильно-мышечной транспозиции (СМТ). Однако осуществление последней методики должно проводиться по строгим показаниям и при сохранности функции донорских мышц, иннервируемых срединным и локтевым нервами [3].

Более сложной задачей после осуществления сухожильно-мышечной транспозиции является адаптация перемещенных мышц, функцией которых является разгибание кисти и пальцев и достигается переобучением пациентов. Несмотря на адекватный выбор донорской мышцы для переключения в ряде случаев отмечается отрицательный результат, который требует использования других альтернативных методов операции [4-5].

Таким образом, коррекция остаточной функции кисти при застарелых повреждениях лучевого нерва до сих пор является одной из сложных, до конца нерешенных проблем реконструктивной хирургии верхних конечностей. Адекватное выполнение СМТ по показаниям, намного улучшая результаты реконструкции, заметно снижает частоту инвалидизации пациентов.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения застарелых повреждений лучевого нерва путем использования СМТ.

Материал и методы исследования. За период с 2015 по 2019 годы в лечебно-диагностическом отделении ТГМУ имени Абуали ибни Сино выполнены различные варианты СМТ 6 пострадавшим с застарелыми повреждениями лучевого нерва. Давность получения травмы варьировала от 1 года до 7 лет. Мужчин было 4, женщин - 2. Возраст пострадавших варьировал от 17 до 37 лет. Повреждение лучевого нерва правой верхней конечности имело место у 5, левой верхней конечности – у 1 пациента.

При изучении механизма травмы было установлено, что перелом плечевой кости имел место у 3, тупая травма области плеча – у 2 и один пациент в анамнезе указывал на резаную рану в области средней трети плеча. Пострадавшим была оказана первичная медицинская помощь в разных лечебных учреждениях, при этом изначальное повреждение нервного ствола ни у одного пациента не было диагностировано. При переломах плеча пострадавшим была оказана помощь врачами травматологами.

При объективном исследовании пострадавших отмечалось свисание кисти и пальцев, активное их разгибание не было возможным. Активный захват кисти был невозможным, неадекватными были и тонкие виды движения в пальцах кисти. Среди 3 пациентов, у которых в анамнезе имел место перелом плеча, наряду с потерей функции лучевого нерва отмечалась сгибательная контрактура локтевого сустава вследствие анкилоза.

У всех пациентов повреждение нервного ствола локализовалось на уровне средней трети плеча, т.е. спирального канала. Из дополнительных методов исследования были использованы рентгенография и ЭНМГ. Последняя методика была выполнена в условиях Национального медицинского центра.

Результаты исследования и их обсуждение. Показания к первичной реконструкции лучевого нерва ни в одном случае не были выставлены. Всем пострадавшим было решено выполнить СМТ. Всем пациентам операции были выполнены под блокадой плечевого сплетения. Больные были информированы относительно использования других мышц с целью реконструкции поврежденной конечности.

Задачами, поставленными с целью восстановления утраченной функции лучевого нерва, явились восстановление тыльного сгибания кисти, отведение и разгибание большого пальца и разгибание длинных пальцев кисти. Решение поставленных задач достигалось путем использования мышцы круглого пронатора, длинной ладонной мышцы, мышцы лучевого и локтевого сгибателя запястья.

Всем пациентам с целью восстановления разгибания и отведения большого пальца было перемещено сухожилие длинной ладонной мышцы. При этом сухожилие длинной ладонной мышцы после пересечения подкожным тоннелем было перемещено в тыльную поверхность нижней трети предплечья, и подключалось к сухожилию длинного разгибателя большого пальца.

Функция тыльного сгибания кисти достигалась путем переключения сухожилием мышцы круглого пронатора в позицию сухожилия короткого лучевого разгибателя кисти.

В 4 наблюдениях к общему разгибателю пальцев кисти было переключено сухожилие лучевого сгибателя кисти и в двух остальных наблюдениях – сухожилие локтевого сгибателя кисти.

При выполнении СМТ переключение было осуществлено при максимальном разгибании кисти и пальцев. Во всех наблюдениях при осуществлении мышечной транспозиции была выполнена электростимуляция донорских мышц. В течение одного месяца конечность находилась в гипсовой лонгете, после снятия последней начинали переобучение пациентов. Из-за неадекватного разгибания большого пальца в отдаленном периоде одному пациенту была осуществлена повторная реконструкция области ранее наложенного шва сухожилия.

Реабилитация пострадавших продлилась от 2 до 6 месяцев. В течение этого времени у всех оперированных восстановились разгибание большого и длинных пальцев, тыльное сгибание кисти. Объем захвата у всех был адекватный, возможными стали тонкие виды захвата. Все оперированные пациенты после выполненной реконструкции возвращались к прежней трудовой деятельности.

Выводы. Таким образом, восстановления утраченной функции лучевого нерва при застарелых повреждениях требует применения более сложных методов реконструкции. Использование мышечной транспозиции является наиболее эффективным методом восстановления функции кисти и должно выполняться по строгим показаниям.

Список литературы

1. Асилова, С.У. Лечение деформации кисти и пальцев при повреждениях лучевого нерва / С.У. Асилова, Г.К. Нуримов, Н.З. Назарова // *Гений Ортопедии*. – 2009. - № 2. – С.55-57.
2. Raguél, C.T. Effects on Upper – Limb Function with Dynamic and Static Orthosis Use for Radial Nerve Injury: A Randomized Trial / C.T. Raguél, G.M. Miguél, L.T. Cristina // *Journal of Neurological Disorders*. – 2016. – Vol. 4, Issue 2.
3. Роль сухожильно-мышечной пластики в улучшении результатов хирургического лечения пациентов с повреждениями периферических нервов конечностей / Е.К. Дюсембеков [и др.] // *Нейрохирургия и неврология Казахстана*. – 2015. - № 2 (39). - С. 15-21.
4. Мышечно-сухожильная пластика при повреждениях лучевого нерва / Р.Ф. Масгутов [и др.] // *Практическая медицина*. – 2012. – Т.2, № 8(64). - С. 108-110.
5. Сухожильно-мышечные транспозиции в реабилитации пациентов с нарушениями функции кисти и пальцев / В.П. Дейкало [и др.] // *Вестник Витебского государственного медицинского университета*. – 2017. – Т.16, № 3. - С. 46-53.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ХАРАКТЕР ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ

Исмоилова М.А., Махмудназаров М.И., Муродова П.Ф.

Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе. Таджикистан

Актуальность. Одной из актуальных проблем в оториноларингологии является профилактика и своевременное лечение болезней голосового аппарата, особенно у лиц таких профессий как преподаватели, артисты, лекторы и другие. Число лиц, нуждающихся в фониатрической помощи, исчисляется тысячами [2]. Заболевание голосового аппарата, тем более потеря голоса, затрудняя речевое общение, болезненно переживается пациентами, снижает их трудоспособность. Специализированная помощь при этих заболеваниях приобретает социальное значение, способствуя восстановлению голосовой функции и возвращению людей к нормальной трудовой деятельности.

Вопросы диагностики и лечебной тактики функциональных заболеваний гортани мало изучены хотя в отоларингологической практике данная патология встречается довольно часто и нередко ее ошибочно принимают за органические заболевания [2, 3]. Несвоевременная диагностика функциональных расстройств гортани, а также неправильная терапия значительно удлиняют сроки лечения, способствуют рецидивам заболевания и могут привести к органическим изменениям со стороны гортани. Данные литературы свидетельствуют о значительном удельном весе (до 50%) патологии голосового аппарата у лиц голосо-речевой профессии. К функциональным заболеваниям гортани относятся гипо- и гипертонусная дисфония, фонастения, функциональная афония, спастическая дисфония и пубертатная дисфония. Голосовые нарушения при функциональных заболеваниях гортани характеризуются изменениями силы, высоты и тембра голоса, появлением добавочных призвуков в голосе, охриплостью голоса различной степени выраженности от дисфонии до полного отсутствия звучной речи.

Литература, посвященная функциональным расстройствам голоса, чрезвычайно разнообразна и обширна, но вместе с тем в ней отсутствуют сведения о распространенности функциональных заболеваний гортани у лиц с голосо-речевой профессией в условиях Таджикистана и отдельных его регионов, в связи с этим эта проблема приобретает большую практическую значимость [2].

Цель исследования. Изучить распространенность и характер функциональных и органических заболеваний гортани среди населения по данным обращаемости

Материал и методы исследования. За период с 2014 по 2017гг в фониатрическом кабинете отделения реабилитации слуха голоса и речи Национального медицинского центра и в фониатрическом кабинете театра оперы и балета имени С. Айни нами были обследованы 1204 человек. Возраст больных составлял от 15 до 55 лет, а давность заболевания от месяца и более 5 лет. Мужчин было – 41,2%, женщин – 58,8%. Количество больных в возрасте от 15 до 25лет составляло 34%, от 26 до 40 – 41,3%, от 40 до 55 – 24,7%. Обследованные подразделены на две группы: 1-я группа - вокалисты профессионалы и вокалисты непрофессионалы; 2-я группа – педагоги, актёры, лекторы и др.

Для изучения функционального состояния голосового аппарата, помимо фиброларингоскопии и общего оториноларингологического осмотра, особое внимание обращали на изучение индивидуальных особенностей ведения голоса и речи, слуховую оценку голоса, определение времени максимальной фонации, запись голоса на магнитной ленте до и после лечения. Характерными клиническими симптомами нарушения голоса для больных всех

групп были дисфония от легкой до выраженной степени охриплости и афония. Лица голосо-речевые профессии часто указывали на быструю утомляемость голоса, осиплость при пении высоких нот и чувство «комка» в горле после голосовой нагрузки. Для выяснения причин развития профессиональных нарушений голоса в плане обследования были предусмотрены учёт ежедневной голосовой нагрузки, изучение условий работы, определение голосо-речевого стажа, степени профессиональной подготовленности и наличие вредных привычек.

Результаты исследования и их обсуждение. На основании данных осмотров установлено, что распространенность заболеваний голосового аппарата у лиц голосо-речевой профессии составляет 58,4%. Функциональные заболевания были диагностированы у 503 (41,8%) человек, а органические заболевания были диагностированы у 701 (58,2%), что указывает на большую распространенность функциональных заболеваний. Функциональные заболевания обнаружены в основном у женщин – 59%, а органические заболевания у мужчин – 41%. Из функциональных заболеваний наиболее чаще определены гипотонусная дисфония – 26,2% и фонастения – 27%, что соответствует данным Ю.С. Василенко (1984). Из органических заболеваний чаще встречаются краевые 15,1%, хордиты и хронические ларингиты 13,8%. Функциональные заболевания со сроком до 1 месяца выявлены у 14,4% человек, до 6 месяцев – у 30,6%, до года – 28,1%, до 5 лет – 15,1% и свыше 5 лет – у 11,8% больных. Затяжные сроки заболевания у этих больных объясняются тем, что функциональные заболевания гортани не всегда своевременно диагностируются практическими врачами оториноларингологами и их часто принимают за органические заболевания. У вокалистов-профессионалов заболевания голосового аппарата выявлены в 60%. Функциональные заболевания определены в 61,6% случаев, а органические – в 38,4%. Из опроса установлено, что помимо несоблюдения голосового режима, вокалистам часто приходится выступать в больном состоянии и на открытых площадках. Кроме того, манера исполнения и пения таджикских вокалистов отличается от техники вокала других национальностей страны. При исполнении национальных песен необходимо горловое звучание, которое предъявляет к голосовому аппарату повышенную работоспособность. Также у многих вокалистов констатировали пение в не свойственной им tessiture.

Заболеваемость голосового аппарата у педагогов составляла 58,8%, т.е. несколько ниже, чем у представителей голосовых профессий. У педагогов в возрасте до 35 лет преимущественно выявляли функциональные заболевания, однако при длительном злоупотреблении голосом это приводило к органическим изменениям. У педагогов в возрасте свыше 35 лет отмечается нарастание числа органических заболеваний, что указывает на зависимость возникновения заболевания гортани от педагогического стажа и возраста обследуемых.

Заболеваемость голосового аппарата у актеров, по нашим данным, составляет 58%. Из функциональных заболеваний гортани у женщин преобладали гипотонусные дисфонии и фонастения. Из органических заболеваний выявлены доброкачественные образования и кровоизлияния в голосовые складки, что указывает на меньшую выносливость голосового аппарата женщин, а также несоблюдение ими голосового режима во время менструального периода. У мужчин доминировали гипертонусная дисфония, краевой хордит и хронический ларингит, что по видимому связано с громкой манерой разговора, с жесткой атакой звука, не соблюдением гигиены голоса (курение и злоупотребление спиртных напитков).

Выводы. 1. Таким образом, на основании вышеуказанных данных можно сказать, что функциональные нарушения голосового аппарата являются довольно распространенной патологией среди заболеваний гортани. Они встречаются преимущественно у лиц голосо-речевой профессии, особенно у вокалистов и педагогов. В основе заболевания лежат нейродинамические и нейропсихические отклонения.

2. Частой причиной функциональных нарушений голоса является перенапряжение голосового аппарата в результате недостаточной или плохой речи и пения, при переутомлении и чрезмерном использовании голоса при стрессовых ситуациях, а также после воспалительных заболеваний гортани.

3. Высокая заболеваемость голосового аппарата у лиц голосо-речевой профессии диктует необходимость активного наблюдения за ним при помощи профилактических осмотров и санитарно-просветительной работы по гигиене голоса и профилактике голосовых расстройств.

Список литературы

1. Алекперов Фазил Мустафа Оглы. Стойкая гипотонусная дисфония. Афтореф. дис...к.м.н. – М., 1993. 15с.
2. Милоченко Т.Г., Тринос Л.А. Восстановление голоса у лиц с функциональными нарушениями голосовой функции. Методические рекомендации. Киев, 1991-18с.
3. Плешков И.В. Аникеева З.И. Заболевания голосового аппарата у вокалистов и представителей речевых профессий. М.: ГЭОТАР –МЕД, 2003. 168с.
4. Aronson AE, Peterson HW/r, Litin E.M. Psychiatric symptomatology in functional dysphonia and aphonia. // J. Speech Hear Disord. 1996-vol 31, №2. – p. 115-127.

Паллиативной панкреатодуоденальной резекцией (ПДР) (условно радикальной) при раке головки поджелудочной железы (РГПЖ) называют операцию, соответствующую обычной радикальной проксимальной резекции железы, но при этом у больных имеется ретропанкреатическая инфильтрация опухоли или на срезе культи железы были выявлены и оставлены опухолевые клетки [1]. При этом автор не включает сюда ПДР при РГПЖ с наличием отдаленных метастазов, что на самом деле также укладывается в понятие паллиативной резекции. Основопологающим для всех паллиативных вмешательств является качество жизни больного после операции [2]. Сравнительный анализ показывает хорошее качество жизни после паллиативных панкреатодуоденальных резекций по сравнению с дренирующими вмешательствами [2, 3].

Достигнуто существенное снижение послеоперационных осложнений [4] и летальности (менее 2%) после ПДР по сравнению с предыдущими десятилетиями [5, 6]. Во многом это зависит от опыта специалистов и

технологических возможностей медицинской организации [7].

Понятно, что только около 20% больных, которые поступают в клинику по поводу рака головки поджелудочной железы, являются кандидатами для лапаротомии и возможной радикальной операции. Однако исследования показывают, что резекция опухоли может быть проведена и у больных с распространенным раком поджелудочной железы, а непосредственные результаты таких вмешательств сопоставимы с операцией по формированию билиодигестивных анастомозов [8]. Есть работа, показывающая, что расширенная резекция с аортокавальной лимфодиссекцией у больных с M1 статусом (с метастазами в аортокавальные лимфоузлы) имеет одинаковые отдаленные результаты по сравнению с больными с M0 статусом, имеющими метастазы в регионарные лимфоузлы [9]. Несмотря на тот факт, что рак поджелудочной железы в некоторых случаях интраоперационно обнаруживается в запущенной стадии и R0 резекция сомнительна, агрессивный хирургический подход к опухоли должен быть методом выбора, влияющим на улучшение прогноза и качества жизни больных [10].

ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Исмоилзода С.С., Гулшанова С.Ф., Миргозиев М.К.

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Паллиативной панкреатодуоденальной резекцией (ПДР) (условно радикальной) при раке головки поджелудочной железы (РГПЖ) называют операцию, соответствующую обычной радикальной проксимальной резекции железы, но при этом у больных имеется ретропанкреатическая инфильтрация опухоли или на срезах культи железы были выявлены и оставлены опухолевые клетки [1]. При этом автор не включает сюда ПДР при РГПЖ с наличием отдаленных метастазов, что на самом деле также укладывается в понятие паллиативной резекции. Основопологающим для всех паллиативных вмешательств является качество жизни больного после операции [2]. Сравнительный анализ показывает хорошее качество жизни после паллиативных панкреатодуоденальных резекций по сравнению с дренирующими вмешательствами [2, 3]. Достигнуто существенное снижение послеоперационных осложнений [4] и летальности (менее 2%) после ПДР по сравнению с предыдущими десятилетиями [5]. Во многом это зависит от опыта специалистов и технологических возможностей медицинской организации [5]. Понятно, что только около 20% больных, которые поступают в клинику по поводу рака головки поджелудочной железы, являются кандидатами для лапаротомии и возможной радикальной операции. Однако исследования показывают, что резекция опухоли может быть проведена и у больных с распространенным раком поджелудочной железы, а непосредственные результаты таких вмешательств сопоставимы с операцией по формированию билиодигестивных анастомозов [1]. Есть работа, показывающая, что расширенная резекция с аортокавальной лимфодиссекцией у больных с M1 статусом (с метастазами в аортокавальные лимфоузлы) имеет одинаковые отдаленные результаты по сравнению с больными с M0 статусом, имеющими метастазы в регионарные лимфоузлы [3]. Несмотря на тот факт, что рак поджелудочной железы в некоторых случаях интраоперационно обнаруживается в запущенной стадии и R0 резекция сомнительна, агрессивный хирургический подход к опухоли должен быть методом выбора, влияющим на улучшение прогноза и качества жизни больных [1].

Цель исследования. Оценка эффективности метода паллиативной панкреатодуоденальной резекции при осложнениях запущенного рака поджелудочной железы.

Материал и методы исследования. В статье анализируются результаты лечения 4 больных с запущенным раком поджелудочной железы, госпитализированных в отделение трансплантации печени и портальной гипертензии ГУ «Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека».

Всем пациентам была выполнена паллиативная панкреатодуоденальная резекция. По распространенности процесса пациенты были распределены следующим образом: 2 (50,0%) пациента с местно-распространенным процессом и 2 (50,0%) пациента с отдаленными метастазами.

Диагноз РГПЖ устанавливали на основании комплексного физикального и лабораторно-инструментального обследования, которое включало клиническую оценку общего состояния больного, а также функций органов и систем, диагностику основного и сопутствующих заболеваний, установление показаний и противопоказаний к выполнению определенного вида оперативного вмешательства. Больным выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), компьютерную томографию (КТ), по показаниям применяли мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) и магниторезонансную томографию (МРТ). Всем пациентам проводили полноценную предоперационную подготовку.

Диагноз РГПЖ устанавливали на основании комплексного физикального и лабораторно-инструментального обследования, которое включало клиническую оценку общего состояния больного, а также функций органов и систем, диагностику основного и сопутствующих заболеваний, установление показаний и противопоказаний к выполнению определенного вида оперативного вмешательства.

Больным выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопию (EGDS) эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), компьютерную томографию (КТ), по показаниям применяли мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) и магниторезонансную томографию (МРТ). Трех больным с показателями билирубина свыше 150 мкмоль/л и выраженными признаками печеночной недостаточности проводили предоперационную декомпрессию желчных протоков с помощью чрескожной чреспеченочной холецистостомии или чрескожной чреспеченочной холангиостомии под рентген-телевизионным контролем. Всем пациентам проводили полноценную предоперационную подготовку.

Первичными клиническими проявлениями заболевания у больных РГПЖ являлись три основных синдрома, которые представлены следующим образом:

Диагноз РГПЖ устанавливали на основании комплексного физикального и лабораторно-инструментального обследования, которое включало клиническую оценку общего состояния больного, а также функций органов и систем, диагностику основного и сопутствующих заболеваний, установление показаний и противопоказаний к выполнению определенного вида оперативного вмешательства.

Больным выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопию (EGDS) эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), компьютерную томографию (КТ), по показаниям применяли мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) и магниторезонансную томографию (МРТ). Трем больным с показателями билирубина свыше 150 мкмоль/л и выраженными признаками печеночной недостаточности проводили предоперационную декомпрессию желчных протоков с помощью чрескожной чреспеченочной холецистостомии или чрескожной чреспеченочной холангиостомии под рентген-телевизионным контролем. Всем пациентам проводили полноценную предоперационную подготовку.

Первичными клиническими проявлениями заболевания у больных РГПЖ являлись три основных синдрома, которые представлены следующим образом:

Диагноз РГПЖ устанавливали на основании комплексного физикального и лабораторно-инструментального обследования, которое включало клиническую оценку общего состояния больного, а также функций органов и систем, диагностику основного и сопутствующих заболеваний, установление показаний и противопоказаний к выполнению определенного вида оперативного вмешательства.

Больным выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопию (EGDS) эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), компьютерную томографию (КТ), по показаниям применяли мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) и магниторезонансную томографию (МРТ). Трем больным с показателями билирубина свыше 150 мкмоль/л и выраженными признаками печеночной недостаточности проводили предоперационную декомпрессию желчных протоков с помощью чрескожной чреспеченочной холецистостомии или чрескожной чреспеченочной холангиостомии под рентген-телевизионным контролем. Всем пациентам проводили полноценную предоперационную подготовку.

Первичными клиническими проявлениями заболевания у больных РГПЖ являлись три основных синдрома, которые представлены следующим образом:

Результаты исследования и их обсуждение. Среднее время оперативного вмешательства составило $5,2 \pm 0,3$ часа, средняя кровопотеря составила $543,1 \pm 1,3$ мл, средний койко-день составил $22,1 \pm 0,6$ дня. В целом, в самый короткий послеоперационный период осложнения отмечены у 1-го из пациентов (25,0%). Послеоперационная летальность после ПДР не отмечалась. В целом результаты были разделены на 4 группы: хорошие результаты были выявлены в 16,7% случаев, достаточно удовлетворительные - в 26,7%, менее удовлетворительные, но с положительным эффектом - в 50%, неудовлетворительные результаты лечения были обнаружены в 6,6% случаев. Качество жизни с использованием опросника MOS-SF-36 - если средний показатель по шкале физического здоровья до операции составлял $41,2 \pm 0,5$, то через месяц после операции он был значительно выше - $68,1 \pm 0,9$ по шкале, средний показатель увеличился с $30,6 \pm 0,9$ до $71,5 \pm 0,7$. Однако различия между значениями до и после операции статистически были значимыми ($p < 0,01$). Долгосрочная выживаемость в течение 1 года после операции составила 39,2%, через 2 года после операции - 7,1%.

Вывод. Паллиативная панкреатодуоденальная резекция при распространенном раке поджелудочной железы в некоторых случаях может быть операцией выбора, которая эффективно устраняет основной патологический процесс и его осложнения в виде механической желтухи, асцита при портальной гипертензии, дуоденальной непроходимости и болевого синдрома, и значительно улучшает качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Pylorus-preserving total pancreatectomy / M. Wagner [et al.] // Dig Surg. – 2011. - N18(3). – P.188–195.
2. Pallia vepar al pancrea coduodenectomy impairs quality of life compared to bypass surgery in patients with advanced adenocarcinoma of thepancrea chhead / J. Walter [et al.] // Eur J Surg Oncol. – 2011. - N37(9). – P.798–804.
3. Quality of life after curative or palliative surgical treatment of pancreatic and periampullary carcinoma / E.J. Nieveen van Dijkum [et al.] // Br J Surg. – 2015. - N92(4). – P.471–7.
4. Blizhaishie rezultaty khirurgicheskogo lecheniya raka golovki podzheludochnoi zhelezy / S.A. Kasum'yan [et al.] // Annaly Khirurgicheskoy Gepatologii (Annals Of Surgical Hepatology). – 2016. - N3(2). – P.65–70. (In Russian).
5. Kubyshkin, V.A. Rak podzheludochnoi zhelezy [Pancreas cancer] / V.A. Kubyshkin, V.A. Vishnevskii. - Moscow: "Med-prak-ka" Publ., 2014. - 386 p. (In Russian).

ТАКТИКА ПРИ СЛУЧАЙНОМ ОБНАРУЖЕНИИ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Исмоилзода С.С., Сафаров Ч.Б., Каримов М.А., Достиев У.А.

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Широкое использование лапароскопических методов привело к увеличению числа направлений для холецистэктомии. Как следствие, случайное обнаружение рака желчного пузыря на ранней стадии изменило тактику и исход заболевания. Однако рак желчного пузыря остается смертельным заболеванием, связанным с мрачным прогнозом [1,2,3]. Существуют противоречия относительно оптимального лечения этого заболевания во время рутинной лапароскопической холецистэктомии. Лечение затруднено, потому что не было

разработано никаких руководящих принципов, и некоторые авторы сообщили о худшем общем прогнозе, когда пациент не получал адекватного лечения во время первой операции. Если до операции подозревают, необходимо выполнить открытую холецистэктомию, чтобы обеспечить полную оценку степени заболевания и, при необходимости, провести радикальную резекцию [2,4].

Простая холецистэктомию может быть адекватным лечением только для ранних стадий: Tis и T1a. Повторная операция рекомендуется при опухолях T2 и более поздних стадиях заболевания. Напротив, все еще существуют противоречия относительно необходимости более радикальной резекции при T1b. Во время повторной операции также неясно, какова соответствующая степень резекции печени и может ли резекция печени предотвратить рецидив [5].

Цель исследования: оценить влияние выявления случайного рака желчного пузыря на хирургический исход после операции.

Материал и методы исследования. В период с 2014 по 2019 год все случаи холецистэктомии в отделениях хирургии были нами ретроспективно рассмотрены. Патология желчного пузыря была диагностирована с помощью анамнеза, физического обследования, лабораторных и визуальных исследований [УЗИ и компьютерная томография (КТ)]. Пациенты с раком желчного пузыря были дополнительно проанализированы на предмет демографических данных, а также типа операции, хирургической заболеваемости и смертности, гистопатологической классификации и выживаемости. Случайный рак желчного пузыря сравнивался с подозреваемым или предоперационным диагнозом. Первичной конечной точкой была выживаемость без болезней. Вторичной конечной точкой была разница между пациентами, ранее получавшим лапароскопическую холецистэктомию, и теми, кто имел онкологическую резекцию в качестве первого вмешательства.

Результаты исследования и их обсуждение: 19 пациентов (11 женщин и 8 мужчин) имели рак желчного пузыря. Соотношение мужчин и женщин составляло 1: 1,4, а средний возраст составлял 68 лет (диапазон: 45-82 года). Предоперационный диагноз был поставлен в 10 случаях, а восемь были диагностированы в послеоперационном периоде. Один был заподозрен во время операции и подтвержден гистологией. Соотношение между случайными и не случайными случаями составляло 9/19. Стадия метастазирования опухолевого узла: pTis (1), pT1a (2), pT1b (4), pT2 (6), pT3 (4), pT4 (2); пять случаев со стадией Ia (T1 ab); два со стадией Ib (T2N0); один со стадией IIa (T3 N0); шесть со стадией IIb (T1-T3 N1); два с этапа III (T4 Nx Nx); и один со стадией IV (Tx Nx Mx). Восемьдесят восемь процентов случайных случаев были обнаружены на ранней стадии (\leq II). Предоперационная диагностика 19 пациентов с раком желчного пузыря составила: с инвазией печени, диагностированной предоперационной КТ (девять случаев), абсцесс желчного пузыря, перфорированный в паренхиму печени и вовлекающий поперечный мезоколон и ворота печени (один случай), фарфоровый желчный пузырь (один случай), аденома желчного пузыря (один случай) и хронический холелитиаз (восемь случаев). В каждом случае, за исключением одного, с прогрессирующей инвазией T1b или более, выполнялась клиновидная резекция IVb + V печени и перихоледохическая / гепатодуоденальная лимфаденэктомия. Один пациент со стадией T1b отказался от дальнейшей операции. Случаи с вовлечением Tis и T1a лечили только холецистэктомией. Шесть из девяти пациентов со случайным диагнозом достигли 5-летней выживаемости. Один пациент достиг 38-месячного выживания, несмотря на рецидив через 2 года после первоначальной операции. Случаи с неслучайным диагнозом были более распространенными, и только у двух пациентов была 5-летняя выживаемость.

Заключение. Лапароскопическая холецистэктомию не влияет на выживаемость при правильном применении. Повторная операция должна иметь две цели: резекция T0 и лимфодесекция.

Список литературы

1. Incidental gallbladder cancer diagnosed following laparoscopic cholecystectomy / S.B. Choi [et al.] // World J Surg. – 2010. - N33. – P.2657–2663.
2. Laparoscopic cholecystectomy: its effect on the prognosis of patients with gallbladder cancer / X.A. de Aretxabala [et al.] // World J Surg. – 2013. - N28. – P.544–547.
3. Aggressive surgical approach for stage IV gallbladder carcinoma based on Japanese Society of Biliary Surgery classification / H. Shimizu [et al.] // J Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2011. - N14. – P.358–365.
4. Retrospective analysis of outcome in 63 gallbladder carcinoma patients after radical resection / H. Yagi [et al.] // J Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2016. - N13. – P.530–536.
5. Outcomes and prognostic factors in gallbladder cancer: a single-centre experience / K. Cziupka [et al.] // Langenbecks Arch Surg. – 2012. - N397. - P.899–907.

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ЭКТОПИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Кадамалиева М.Д., Абдурахманова Ф.М., Шарипова М.Б., Клюткина Н.А.

Кафедра акушерства и гинекологии №2, ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Последние годы ведется активная дискуссия о тактике ведения пациенток с эктопиями шейки матки. Рядом отечественных исследователей эктопия шейки матки позиционируется как состояние гистофизиологической нормы, с чем нельзя не согласиться (1). Однако разнообразие клинических картин, размеров и особенностей течения данных состояний вызывают интерес большого числа клиницистов. А так же на неосложненные и осложненные, внесло определенную ясность в рассматриваемую нами проблему (1). Характерные признаки физиологической эктопии. Ее большие размеры и отсутствие признаков нормальной метаплазии в позднем репродуктивном возрасте.

По данным ряда авторов факторами, инициирующими нарушение процессов метаплазии, являются иммунологические, гормональные (гиперэстрогения), инфекционные(1,2,3,8). Одним из экзогенных факторов, влияющих на физиологическое течение эктопии являются инфекционные агенты, сексуально-трансмиссивные заболевания в частности. Описаны особенности состояния эктопии при хламидийной и микоплазменной инфекции, герпетической инфекции. Общеизвестным является факт высокого канцерогенного потенциала вируса папилломы человека. Мы посчитали целесообразным соотнести особенности течения физиологической эктопии шейки матки с наличием тех или иных инфекционных заболеваний.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния инфицирования шейки матки вирусом папилломы человека на течение физиологической эктопии.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленных задач нами проведено обследование 76 пациенток с кольпоскопически констатируемыми эктопиями шейки матки.

Пациенткам проводилось кольпоскопическое, цитологическое исследование, морфологическое исследование, тестирование методом ПЦР на 12 основных сексуально-трансмиссивных заболеваний, определение косвенной вирусной нагрузки методом гибридного захвата. Все инвазивные манипуляции проводились с письменного информированного согласия пациенток.

Результаты исследования и их обсуждение. Для изучения особенностей течения и определения инициирующих факторов проводилось изучение анамнеза заболевания, особенностей менструальной и репродуктивной функции.

Средний возраст пациенток составил 21,2±0,2 года. Учитывая относительно ранний репродуктивный возраст данной группы, основная масса наших больных не успела реализовать свою репродуктивную функцию. Особенности менструальной функции не отличались от таковых в популяции. Обращало на себя внимание большое число половых партнеров 3,4±0,1 на одну пациентку и ранний возраст начала половой жизни 16,7±0,2 года. Из используемых методов контрацепции у данной группы пациенток характерно отсутствие таковой у 45,2%. Из применяемых эффективных методов контрацепции использовалась оральная 18,4% и внутриматочная 11%, остальные пациентки применяли барьерную контрацепцию.

При анализе выявленных сексуально-трансмиссивных заболеваний у пациенток с эктопиями шейки матки чаще всего встречалась хламидийная, микоплазменная инфекции и генитальный герпес, что подтверждает мнение некоторых исследователей о наличии у пациенток с осложненными эктопиями факторов риска, идентичных факторам риска развития ПИП.

Данные по заболеваемости и выявляемости ИППП представлены в таблице.

Таблица 1. Выявляемые сексуально-трансмиссивные заболевания

Заболевание	Пациентки с эктопиями шейки матки Абс./% n=173	Пациентки с папилломавирусными поражениями шейки матки Абс./% n=317 (Н. Мелехова, 2005 г)	Пациентки без патологии шейки матки (статистические данные) %
Сифилис	1 (0,5)	5 (1,6)	0,1
Гонорея	1 (0,5)	7 (2,2)	0,4
Хламидиоз	4 (2,3)	20 (6,3)	3,3
Микоплазмоз	6 (3,5)	16 (5,0)	2,7
Уреоплазмоз	7 (4,1)	21 (6,6)	3,1
ВПЧ	21 (12,3)	49 (15,3)	7,2
Кандидоз	47 (27,6)	187 (58,6)	11,3
Генитальный герпес	33 (19,1)	66 (18,9)	11,6
Цитомегаловирусная инфекция	30 (17,3)	54 (16,6%)	6,4

Как видно из данных таблицы выявляемость сексуально-трансмиссивных заболеваний среди пациенток с эктопиями по некоторым нозологическим формам выше чем среди пациенток без патологии шейки матки и значительно ниже по сравнению с больными с папилломавирусными поражениями шейки матки. Основным методом скрининга для выявления эктопий шейки матки нами был избран кольпоскопический в виду его высокой информативности и практической доступности. Для исследования были отобраны пациентки, имевшие на шейке эктопии цилиндрического эпителия с начальной плоскоклеточной метаплазией и незавершенной метаплазией.

В зависимости от степени выраженности пролиферативных процессов все больные были разделены на две репрезентативные группы: 1 группу составило 90 женщин с эктопиями шейки матки больших и средних размеров без признаков нормальной эпидермизации, 2 группу составили 73 больных, у которых эктопия находилась в стадии выраженной эпидермизации.

При обследовании наших больных с применением цитологического исследования полученные результаты были ожидаемы. При градации их по различным цитологическим результатам основное число пациенток из 1 группы имели 1 класс мазка по Папаниколау. У каждой третьей имелся 2 тип мазка, и только 7% заключений имели 3 класс мазка. Для 2 группы характерно преобладание 1 типа мазка по Папаниколау, что обусловлено физиологическим течением процесса.

Особого интереса, по нашему мнению заслуживает тестирование пациенток на ДНК вируса папилломы человека высокого канцерогенного риска. В 1 группе положительными на ДНК ВПЧ оказалось 85% пациенток, во 2 группе 34,2%. Полученные данные можно было расценить как наличие латентной формы папилломавирусной инфекции, которая, по мнению ряда авторов не требует лечения.

Для определения дальнейшей тактики ведения больных мы посчитали целесообразным продолжить дальнейшее обследование на ВПЧ методом гибридного захвата с определением косвенной вирусной нагрузки. Среди пациенток 1 группы, положительных на ДНК ВПЧ количественное определение вирусной нагрузки показало, что в среднем они превышали норму в 398,2+34,1 раза.

Для пациенток 2 группы вирусная нагрузка была незначительной и составила 23,4+7,1. данное исследование позволило нам предположить, что возможное снижение вирусной нагрузки с применением противовирусных средств (Гроприносин) сможет стимулировать процессы нормальной метаплазии у данной группы больных. После получения информированного согласия пациенткам с клинически значимой вирусной нагрузкой (более 100 RLU) проводилась системная противовирусная терапия препаратом широкого спектра действия Гроприносин до 8 таблеток в 4 приема 14 дней с переходом на поддерживающую дозу по 1 таблетке 2 раза в день. Длительность лечения составляла от 2 недели до 4.

Повторное определение вирусной нагрузки проводилось через 1 месяц после окончания лечения. Нами констатировано, что в 1 группе пациенток отмечено достоверное снижение вирусной нагрузки с 398,2 RLU до 176,2 RLU ($p < 0,05$). Однако снижение показателей косвенной вирусной нагрузки еще нельзя считать результатом лечения. При наблюдении за пациентками с выраженными эктопиями без признаков нормальной клеточной метаплазии в течении 12 месяцев, процесс плоскоклеточной пролиферации прогрессировал и практически завершился. Переход начальной метаплазии в незавершенную и завершенную у 45% пациенток из 1 группы.

Выводы. Таким образом, на основании всего вышесказанного можно сделать вывод, что инфицирование шейки матки вирусами папилломы человека, особенно высокоонкогенных типов, препятствует нормальному процессу метаплазии. Основным инфекционным фактором, осложняющим физиологическое течение эктопии шейки матки является инфицирование ее вирусами папилломы человека высокого канцерогенного риска, при чем с высокой вирусной нагрузкой. Проведение системной противовирусной терапии препаратом Гроприносином не только достоверно снижает количество вируса папилломы человека, но и благоприятно влияет на процесс доброкачественной метаплазии.

Список литературы

1. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) / Под ред. проф. В. Н. Прилепской.- 3-е изд.- М.: МЕДпресс, 2015. – 432 с.
2. Иванян, А.Н. Оптимизация комплексной терапии патологии шейки матки, обусловленной вирусом папилломы человека /А.Н. Иванян, Н.Ю. Мелехова, З.В. Калоева// Гинекология. – 2017. – Том 5, №5. – С.28 – 29.
3. Мелехова, Н.Ю. Папилломавирусные поражения шейки матки у пациенток различного возраста: Дисс...д-ра м. наук / Н.Ю. Мелехова. – М., 2015. - 297 с.
4. Роговская, С.И. Папилломавирусная инфекция нижних отделов гениталий (клиника, диагностика и лечение): Дисс... док. мед.наук / С.И. Роговская. – М., 2013. – 273 с.
5. Фролова, И.И. Клинико-морфологические исследования дискератоза и неопластических изменений эктоцервикса при сопутствующей гинекологической патологии.// автореф... дисс... канд. мед. наук / И.И. Фролова. - М., 2012.
6. Persistence of **Human Papillomavirus** DNA in Benign and (Pre)malignant Skin Lesions from Renal Transplant Recipients / R.J.M. Berkhout [et al.] // *J. Clin. Microbiol.* – 2015. - N38. – P.2087-2096.
7. The causal relation between **human papillomavirus** and cervical cancer / F.X. Bosch [et al.] // *J Clin Pathol.* – 2016. - N 55. - P.244-265.

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОЭСТРОГЕНОВ

Кадамалиева М.Д., Абдурахманова Ф.М., Содикова Г.Н. Клюткина Н.А.

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Фитоэстрогены - гормоноподобные соединения растительного происхождения, которые могут проявлять свойства агонистов либо антагонистов эстрогенов. В настоящее время выделено несколько классов фитоэстрогенов, одним из основных из них являются изофлавоноиды (изофлавоны, генистеин, дайдзеин, куместраны), имеющие простую фенольную структуру, способную соединиться с эстрогенными рецепторами. Изофлавоны обнаружены в соевых бобах, чечевице, турецком горохе и красном клевере. Соевые продукты питания и извлеченные из сои экстракты содержат различное количество изофлавонов в следующих формах: агликонового генистеина и дайдзеина (в неконъюгированной, то есть активной форме); гликозидных конъюгатов, которые требуют деконъюгации для приобретения активности (генистин и дайдзин); 4-метил-эфира (формононетина и биоханина А).

Цель исследования. Оценка переносимости и эффективности фитоэстрогенов (изофлавоноидов сои) в терапии климактерического синдрома в постменопаузе у женщин с миомой матки.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 62 женщины в постменопаузе с различной выраженностью климактерического синдрома, имеющие миому матки. Среди них выделены 2 группы: в 1-ю (основную) группу включены 30 женщин, которые получали соевые изофлавоноиды (Шатавари), во 2-ю (группу сравнения) — 32 пациентки, которым применялась гормональная заместительная терапия (ГЗТ) непрерывном режиме. В связи с наличием у больных миомы матки в схемах ГЗТ использовались максимально низкие дозы эстро-

генного компонента: 19 женщин получали препарат Фемостон 1/5 (содержащий 1 мг микронизированного 17 β -эстрадиола и 5 мг дидрогестерона) и у 13 пациенток трансдермально применен Дивигель 0,5 г (ежедневно на фоне интравагинального непрерывного введения Утрожестана в дозе 200 мг).

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст женщин, включенных в исследование, был в пределах 50-59 лет и в среднем составил $54,9 \pm 3,7$ лет. Длительность менопаузы колебалась от 1,5 до 6,2 лет и в среднем была $3,9 \pm 1,2$ лет.

Индекс массы тела у 42 женщин был в пределах нормы (от 18,5 до 25), у 16 женщин ($25,8 \pm 5,5$ %) соответствовал избытку массы тела, у 4 ($6,5 \pm 3,1$ %) — ожирению 1-й степени. До начала терапии у всех пациенток была диагностирована миома матки субсерозной, интрамуральной и интрамурально-субсерозной локализации. Размеры миоматозных узлов находились в диапазоне от 0,8 до 4,3 см. У 29 пациенток выявлен один миоматозный узел, у остальных — множественная миома матки. В анамнезе 14 больных ($22,6 \pm 5,3$ %) имели простую гиперплазию эндометрия, 5 больных ($8,1 \pm 3,4$ %) — железистые и железисто-фиброзные полипы эндометрия, у 3 ($4,8 \pm 2,7$ %) из них полипы эндометрия сочетались с железисто-кистозной гиперплазией. К проявлениям нейровегетативных симптомов относятся: значения систолического и диастолического АД, головная боль, вестибулопатия, приступы сердцебиения в покое, плохая переносимость высокой температуры, зябкость, озноб, чувство онемения и ползания мурашек, сухость кожи, потливость, повышенная возбудимость, сонливость, нарушение сна, приливы жара в течение суток, приступы удушья, симпато-адреналовые кризы. При оценке психоэмоциональных расстройств учитываются: снижение работоспособности, утомляемость, рассеянность, снижение памяти, раздражительность, плаксивость, изменения аппетита, наличие навязчивых мыслей, состояний или действий, преобладающее настроение, изменение полового влечения. Согласно данным шкалы оценки ММИ до начала терапии симптомы пациенток в основной группе (получающих фитоэстрогены) и в группе сравнения (получающих ГЗТ) распределились следующим образом. В основной группе у 9 женщин отмечался климактерический синдром (КС) легкой степени выраженности, у 13 пациенток наблюдалась средняя степень выраженности и у 8 больных — проявления КС были оценены как тяжелые. В группе сравнения у 3 пациенток общая оценка ММИ была отнесена к легкой степени, у 19 — средней степени выраженности и у 10 — тяжелой степени.

Вне зависимости от степени выраженности ММИ все 30 пациенток основной группы начали применение фитоэстрогенов в составе биологической добавки «Шатавари» по одной таблетке 1 раз в сутки.

Период наблюдения больных на фоне применения фитоэстрогенов и ГЗТ составил 2 месяца. Женщины приглашались на повторные осмотры дважды с интервалом через 1 месяц. На каждом визите оценивались степень выраженности климактерического синдрома, переносимость проводимой терапии, толщина эндометрия, состояние миоматозных узлов, наличие кровянистых выделений. На фоне проводимого лечения как у женщин, получающих фитоэстрогены, так и у пациенток, применяющих ГЗТ, отмечалось уменьшение тяжести климактерического синдрома. На фоне применения Шатавари через 1 месяц терапии у 4 женщин (преимущественно с ММИ легкой степени) отмечено отсутствие жалоб, у 3 пациенток с тяжелым течением климактерического синдрома проявления уменьшились до средней степени, у 5 больных — сохранялись тяжелой степени. У 4 женщин с проявлениями климактерического синдрома средней тяжести отмечено снижение симптоматики на фоне лечения фитоэстрогенами до легкой степени. При недостаточной эффективности проводимой терапии у женщин с климактерическим синдромом средней и тяжелой степени было рекомендовано через месяц увеличить дозу фитоэстрогенов до 80 мг в сутки (Шатавари по 1 таблетке два раза в день). Через 2 месяца у одной пациентки выраженность климактерического синдрома соответствовала тяжелой степени, у 3 женщин — средней и у 7 больных — легкой степени. У 19 женщин (63,3 %) проявления климактерического синдрома на фоне терапии фитоэстрогенами были устранены полностью. В группе женщин, получающих ГЗТ, через месяц наблюдалось достоверное увеличение числа пациенток, у которых отсутствовали проявления КС. Симптомов, соответствующих тяжелой степени климактерического синдрома, не было отмечено ни у одной пациентки. Большинство женщин — 11 ($34,4 \pm 8,3$ %) имели легкие проявления КС и у одной больной сохранялись жалобы, которые оценены как средняя степень выраженности КС. Через 2 месяца терапии у больных, получающих ГЗТ, не наблюдалось проявлений климактерического синдрома средней и тяжелой степени тяжести. Только у 3 пациенток сохранялись проявления легкой степени. Следует отметить, что у одной пациентки на фоне ГЗТ при контрольном ультразвуковом исследовании органов малого таза наблюдалось увеличение миоматозного узла на 1,5 см, что потребовало отмены ГЗТ. В дальнейшем пациентке была рекомендована терапия фитоэстрогенами. Таким образом, проявления климактерического синдрома на фоне ГЗТ были полностью купированы у 28 (87,5 %) женщин. У всех больных на фоне проводимого лечения (как фитоэстрогенами, так и ГЗТ) сохранялась аменорея. Толщина эндометрия по данным ин-травагинального УЗИ на фоне проводимой ГЗТ находилась в диапазоне от 2 до 4 мм. На основании результатов УЗИ органов малого таза не установлено роста миоматозных узлов, кроме одного случая на ГЗТ, описанного выше. Диспептических явлений не наблюдалось ни у одной из женщин. Показатели артериального давления на фоне ГЗТ у пациенток с гипертонической болезнью находились в целевых пределах на фоне базовой гипотензивной терапии. Следует отметить, что незначительное увеличение веса (до 1,5 кг) на фоне проводимой терапии (у 2 больных, получающих Шатавари, и у 3 пациенток — получающих ГЗТ) было отмечено только у 5 больных, у остальных женщин вес оставался практически без изменений. На фоне проводимой терапии в первый месяц приема мастодиния отмечалась у 2 пациенток, получающих ГЗТ, что потребовало назначения фитопрепаратов, через 2 месяца лечения невыраженная мастодиния наблюдалась только у одной больной. У женщин, получающих Шатавари, мастодиния не была отмечена ни у одной больной. Диспептические явления в виде невыраженной тошноты отмечались у одной больной, получающей фитоэстрогены и у одной пациентки, получающей ГЗТ (перорально). Подобные побочные эффекты, наблюдаемые в первый месяц лечения, не потребовали отмены препарата и в дальнейшем (через 2 месяца) не отмечались. Небольшая частота наблюдаемых побочных эффектов на фоне ГЗТ связана с использованием низких доз гормональных препаратов.

Вывод. Результаты проведенного исследования показали эффективность и безопасность фитоэстрогенов (соевые изофлавоны) для лечения климактерического синдрома у женщин в постменопаузе с миомой матки. При климактерическом синдроме легкой степени терапевтический эффект оказывает доза 40 мг (1 таблетка Шатавари), при недостаточной эффективности доза может быть увеличена до 2 таблеток. При средней и тяжелой степенях климактерического синдрома терапию целесообразно начинать с 2 таблеток (80 мг соевых изофлавонов).

Таким образом, применение Шатавари у женщин в постменопаузе с миомой матки, является эффективным и безопасным методом лечения климактерического синдрома и может использоваться как альтернатива гормональной заместительной терапии при наличии к ней противопоказаний, побочных эффектах или желании пациентки.

Список литературы

1. Prospective cohort study of soy food consumption and risk of bone fracture among postmenopausal women / Zhang X. et al. // Arch. Intern. Med. — 2015. — Vol. 165. — P. 1890-1895.
2. Randomized clinical trial comparing conjugated equine estrogens and isoflavones in postmenopausal women: a pilot study / Kaari C. et al. // Maturitas. — 2016. — Vol. 53, N 1. — P. 49-58.
3. Setchell K. D., Lydeking-Olsen E. Dietary phytoestrogens and their effect on bone: evidence from in vitro and in vivo, human observational, and dietary intervention studies // Am. J. Clin. Nutr. — 2013. — Vol. 78. — P. S593-609.
4. Soy intake and cancer risk: a review of the in vitro and in vivo data / Messina M. J. et al. // Nutr. Cancer. — 2014. — Vol. 21, N 2. — P. 113-131.
5. Variable effects of tyrosine kinase inhibitors on avian osteoclastic activity and reduction of bone loss in ovariectomized rats / Blair H. C. et al. // J. Cell Biochem. — 2017. — Vol. 61. — P. 629-637.
6. Vasomotor symptom relief by soy isoflavone extract tablets in postmenopausal women: a multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study / Upmalis D. H. et al. // Menopause. — 2015. — Vol. 7. — P. 236-242.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АУТОПЛАСТИКИ КОНЬЮНКТИВАЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ У БОЛЬНЫХ С КРЫЛОВИДНОЙ ПЛЕВОЙ

Кадирова А.М., Рузиев Т.Х., Хамракулов С.Б.

Кафедра офтальмологии, Самаркандский Государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Заболевание крыловидной плевы в республиках Средней Азии имеет характер краевой патологии с тяжелым течением и рядом тяжелых осложнений. По данным многих авторов, поражаемость птеригиумом составляет в среднем от 2,91% до 17,1%. Климат нашей республики сухой, имеет высокий уровень экспозиции ультрафиолетового спектра солнечного излучения, высокая инсоляция, повышенная запыленность и частые ветры.

Учитывая высокий процент рецидивов и трудность оперативного лечения рецидивирующего птеригиума, представляется рациональным поиск такой методики операции при первичном птеригиуме, которая бы давала минимальный процент рецидивов [4]. К настоящему времени разработаны более ста методов хирургического удаления крыловидной плевы, но независимо от способа операции, рецидивы, по данным различных авторов, наблюдаются у 2-88% больных [1,3]. Лечение рецидивов птеригиума является трудной задачей офтальмохирургии, а проблема профилактики его рецидива до настоящего времени не разрешена [2].

Метод конъюнктивальной аутоотрансплантации в хирургическом лечении птеригиума часто применялись во многих работах [2,4]. Различные методики определялись выбором донорской области.

Цель исследования: изучение эффективности аутопластики конъюнктивы при хирургическом лечении птеригиума.

Материал и методы исследования. Мы наблюдали 30 больных птеригиумом (35 глаз), из них 11 мужчин и 19 женщин в возрасте 22-72 лет.

Давность заболевания составляла у 3-х больных 3 месяца, у 7-и – 1 год, у 2-х – 2 года, у 4-х – 3 года, у 5-и – 4-8 лет, у 7-и – 9-10 лет и у 2-х более 10 лет.

Крыловидная плева II степени отмечалась на 27 глазах и III степени – на 8-и глазах. На 35-х глазах отмечалась назальная крыловидная плева, из них 2 больных с рецидивирующим птеригиумом и 28 - с первичным.

Всем больным до и после операции проводился комплекс офтальмологических исследований: визиометрия, офтальмотонометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, рефрактометрия, скиаскопия.

При птеригиумах II и III степени производилась аутопластика конъюнктивальным лоскутом (по методике Мак-Рейнольдса).

Техника операции: крыловидную плеву отсепаровывали от роговицы при помощи микрошпателя и иссекали тело птеригиума с прилежащей тканью на 2 мм от основания. В верхне-наружном квадранте 2,5 мм, отступая от лимба, иссекалась донорская ткань для пересадки, размер трансплантата измерялся с учетом размера конъюнктивы на 1 мм больше из-за сокращения последнего в зоне пересадки. Рану конъюнктивы донорского участка ушивали узловатыми шелковыми 2-3 швами 8/0, в зависимости от размера раны. Полученный трансплантат укладывали на ложе и фиксировали к конъюнктиве 6 узловатыми шелковыми швами 8/0.

Результаты исследования и их обсуждение. В послеоперационном периоде закапывали раствор макситрола и корнерегеля в течение 20 дней. Швы снимались на 14 сутки.

Послеоперационный период протекал гладко у всех больных, осложнение отмечалось лишь в 1-м случае – наблюдалась массивная субконъюнктивальная гематома, которая была удалена на 3-й день после операции, что не сказалось на ее исходе. Сроки отдаленного наблюдения были следующими: 1 месяц – 2 больных, 6-9 месяцев – 3, 1 год-1,6 месяца – 5 и 1,6-2 года – 18 больных.

Данные об остроте зрения приведены в таблице 1. Из данных таблицы следует, что уже при выписке из стационара у большинства больных значительно улучшилась острота зрения. Отдаленные результаты были благоприятными.

Низкая острота зрения (0,1-0,2) при отдаленных наблюдениях отмечена лишь у 2-х больных, однако понижение остроты зрения у них объясняется причинами, не связанными с крыловидной плевой (дегенеративное изменение в области желтого пятна у 1-го и появление старческой катаракты у другого больного).

Из 34-х (34 глаз) больных птеригиумом II-III степени рецидивы вновь отмечались у 2-х (2 глаза) больных с рецидивирующим птеригиумом, что составляет 5,9%.

Таблица 1

Изменение остроты зрения у больных птеригиумом

Количество глаз	Острота зрения				
	До 0,1	0,1-0,2	0,3-0,4	0,5-0,6	0,8-1,0
До операции	1	7	5	10	12
При выписке из стационара	1	1	-	9	24
Отдаленные результаты	1	1	-	5	28

Ни у одного больного с первичным птеригиумом рецидива не отмечено. Обращает на себя внимание хороший косметический результат операции. Уже через 3-4 недели пересаженный лоскут совершенно не отличается от окружающей конъюнктивы.

Таким образом, при применении метода аутопластики конъюнктивальным лоскутом у больных с птеригиумом уменьшается число рецидивов при первичном птеригиуме.

Выводы: 1. Аутопластика конъюнктивальным лоскутом при птеригиумэктомии обеспечивает устойчивый косметический эффект, а также снижает рецидивирование заболевания и не вызывает специфических осложнений.

2. Методика проста, широкодоступна и не требует донорского материала или специального оборудования. Незначительный фактический материал не позволяет делать окончательные выводы, однако, можно считать, что свободная пластика аутоконъюнктивой высоко эффективна при первичном птеригиуме и неэффективна при рецидивирующем.

Список литературы

1. Золотарев А.В., Милюдин Е.С. Хирургическое лечение рецидивирующего птеригиума с пластикой силиковысушенной амниотической мембраной // Вестник. Офтальмологии. 2007. Вып.1. С.39-42.
2. Лисиченко Б.И. Эффективность периферической барьерной аутопластики при первичном и рецидивирующем птеригиуме. Автореф. Дис...канд. мед.наук. М.; 1977. С. 6-9.
3. Порядин В.Р., Достовалов С.Н., Сенченко Н.Я., Юрьева Т.Н. меры профилактики рецидива первичного птеригиума // Практическая медицина, 2012. Вып. 59(4). С.115-117.
4. Фокин В. Л., Борискина Л.Н., Бугасенко И.А., Джаши Б.Г., Новикова Е.В. Хирургическое лечение птеригиума по методу аутопластики свободным конъюнктивальным лоскутом. // Вестник Оренбургского государственного университета, декабрь. 2004. Вып.1. С.131-132.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АНЕСТЕЗИИ БОЛЬНОЙ С ПОЛИВАЛЕНТНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

Кадырова Д. Д., Акрамова Ф.К., Давлатзода Б.Х.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Лекарственная аллергия (ЛА) — это повышенная специфическая иммунная реакция на медицинские препараты, сопровождающаяся общими и местными клиническими проявлениями. Первое сообщение о лекарственной аллергии — сывороточной болезни при введении лошадиной сыворотки — появилось почти 100 лет назад [1, 2]. О распространённости лекарственной аллергии в современной литературе приводятся различные сведения. Согласно обобщённым данным по ряду стран, лекарственная аллергия встречается у 8—12% больных. Созданные в России, США, Франции, Англии и других странах комитеты по контролю за побочным действием лекарственных препаратов ежегодно регистрируют от 5 до 100 тыс. аллергических реакций, среди которых свыше 1% случаев закончилось летально [3, 4].

Особое внимание привлекают к себе пациенты с поливалентной лекарственной аллергией, которым предостоят хирургическое вмешательство и, конечно, анестезиологическое пособие.

Цель исследования. Изучить особенности проведения анестезиологического пособия у больных с поливалентной лекарственной аллергией.

Материал и методы исследования. Пациентка М., 58 лет, обратилась в ГУ «Республиканский клинический центр ортопедии и травматологии» Республики Таджикистан (ГУ «РКЦОТ» РТ) с жалобами на боли в левой нижней конечности и хромоту во время ходьбы из-за укорочения конечности на 7,0 см за счёт бедра. Из анамнеза стало известно, что 10 лет назад пациентка попала в дорожно-транспортное происшествие (ДТП), в результате которого получила закрытый перелом верхней трети левой бедренной кости. Каретой скорой помощи больная была доставлена в отделение травматологии и ортопедии Национального медицинского центра РТ (НМЦ РТ). После осмотра специалистов было решено наложить больной скелетное вытяжение за мышелки бедра, на котором она находилась в течение 20 дней. После этого пациентке была наложена кокситная гипсовая повязка и больная была выписана на амбулаторное долечивание.

Возникает вопрос: почему была выбрана именно такая тактика лечения и больная не была просто прооперирована? А причиной было то, что у больной имела место поливалентная лекарственная аллергия, которой она страдала с детского возраста, и анестезиолог не стал рисковать и просто отказался давать наркоз пациентке. В итоге консолидация перелома не произошла и больная в течение 10 лет хромала, ходила при помощи трости, имели место сильные боли при ходьбе и начались проблемы с позвоночником.

Бесспорно, больной нужно было помочь, но её поливалентная аллергия создавала высокий риск для её жизни. Для восстановления целостности и длины конечности травматологами был запланирован интрамедуллярный блокирующий остеосинтез. Предварительно пациентке рассказали обо всех возможных осложнениях, высоком анестезиологическом риске и взяли у неё письменное согласие на проведение анестезии и операции.

Пациентку госпитализировали и приступили к её обследованию. В первую очередь был собран тщательный аллергологический анамнез для выявления препаратов-аллергенов. Был проведён тест Шелли (реакция дегрануляции базофилов) на все препараты, которые планировалось использовать до, во время и после операции. Анализ показал, что на все препараты для общей анестезии, имеющиеся у нас в арсенале, кроме кетамина, у больной была положительная реакция. Альтернативы у нас не было (к сожалению, у нас в Таджикистане практически нет ингаляционной анестезии). Было решено использовать комбинированную эпидурально-спинальную анестезию 0,5% раствором бупивакаина, на который, по данным теста Шелли, была отрицательная реакция.

Результаты исследования и их обсуждение. Было решено провести провокационное дозирование 0,5% раствором бупивакаина. Для этого каждый день проводили подкожное введение 0,5% раствора бупивакаина на внутренней поверхности предплечья, начиная с 0,2 мл и увеличивая дозу на 0,1 мл в последующие дни. Максимальная доза составила 0,6 мл. Все провокационные тесты были отрицательными. За два дня до планируемой операции пациентке были назначены глюкокортикоиды (дексаметазон) и антигистаминные препараты (фенкарол).

Нами использовался принцип двухуровневой комбинированной эпидурально-спинальной анестезии, который состоял в том, что спинальная анестезия осуществлялась после катетеризации эпидурального пространства. Катетеризацию эпидурального пространства проводили по стандартной методике в поясничном промежутке L2-L3 с выполнением всех тестов по верификации положения эпидурального катетера. Далее, в соседнем промежутке L3-L4 в направлении, противоположном установленному эпидуральному катетеру, произвели спинальную пункцию. После получения ликвора ввели 0,5% раствор бупивакаина в дозе 20 мг. После извлечения иглы вместе с мандреном, фиксировали эпидуральный катетер. Положение больной на операционном столе на правом боку. Длительность операции – 2ч 40 минут. Кровопотеря составила 750±70,0 мл. В течение всей анестезии никаких проявлений аллергии не наблюдалось. Гемодинамика была стабильной (110/70-90/60 мм рт.ст., пульс – 82-78 ударов в минуту, частота дыхания – 18-20 раз в минуту).

После окончания операции больная была переведена в палату интенсивной терапии. Послеоперационное обезболивание проводили болюсным введением бупивакаина в эпидуральный катетер в концентрации 2,5 мг/мл (8 мл) каждые 6 часов. Эпидуральный катетер планировалось оставить на ближайшие 48 часов.

В послеоперационном периоде, после второго болюсного введения бупивакаина в эпидуральный катетер, через 10 минут после инъекции, у больной развилась классическая картина анафилаксии, которой предшествовал период предвестников в виде внутреннего дискомфорта, тревоги, онемения пальцев рук, языка и губ, шума в ушах. Отмечалось резкое падение артериального давления до 50/20 мм рт.ст., тахикардия (126 ударов в минуту), холодный пот, появление уртикарной сыпи на лице, руках, спине и животе.

Так как венозный доступ имелся, внутривенно был введен адреналин 0,1% - 1,0 мл + 10,0 мл NaCl 0,9%, начата инфузия жидкости со скоростью 5-10 мл/кг в течение 5 минут, дексаметазон - 12 мг в/в, супрастин 1,0 мл в/в, ингаляция увлажненного кислорода 6-8 л/мин. Приступ был купирован, катетер был удалён из эпидурального пространства.

Выводы. Появление большого количества малотоксичных местных анестетиков (МА) привело в два последних десятилетия к существенному расширению их применения в самых различных областях медицины для снятия боли у пациентов при разнообразных манипуляциях. И хотя возникновение аллергических проявлений при местной анестезии не столь часто, массовое использование МА в медицине привело к увеличению абсолютного числа пациентов, у которых возникают клинические проявления аллергических реакций.

Таким образом, данный клинический случай показывает, что алергонепереносимость местных анестетиков стала важной проблемой, к которой должен быть готов клиницист в повседневной практике. В связи с этим необходимо иметь методы диагностики для выявления непереносимости анестетиков с целью отбора инертных препаратов для конкретного компрометированного или относящегося к группе риска пациента на основе наиболее эффективных методов исследования *in vitro* и *in vivo*.

Список литературы

1. Колхир П.В. Доказательная аллергология-иммунология / П. В. Колхир. — М.: «Практическая медицина», 2010. — С. 12—16.
2. Ландышев Ю.С. Лекарственная аллергия / Ю.С. Ландышев, В.А. До-ровских. — М.: «Нордмедиздат», 2010. — С. 6—13.
3. Хаитов Р.М. Аллергология. Клинические рекомендации / Р. М. Хаитов, Н. И. Ильина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 104—106.
4. Михайленко А. А. Аллергия и аллергические заболевания / А.А. Ми-хайленко, Г.А. Базанов. — М.: «МИА», 2009. — С. 79—85.

ОСОБЕННОСТИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У ЮНЫХ БЕРЕМЕННЫХ

Кадырова С.Г., Абдуллаева Р.А., Салахитдинова Г.Н., Шералиева М.Г.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Беременность, роды и послеродовой период у юных женщин сопровождаются высокой частотой таких осложнений, как анемия, угроза прерывания беременности, гестоз, аномалии родовой деятельности и другие.

Такое течение беременности и родов не может не отразиться на качестве потомства юных мам. Несмотря на относительно неплохой показатель перинатальной смертности (16,1%), уровень заболеваемости новорожденных высокий (58,8%), в структуре преобладает родовая травма, главным образом, спинальные повреждения. Каждый десятый ребенок рождается недоношенным, среди доношенных – каждый десятый с гипотрофией. Дети матерей подросткового возраста чаще имеют массу тела ниже нормальной.

Целью наших исследований явилось изучение состояния фетоплацентарного комплекса у юных беременных.

Материалы и методы исследования. Ультразвуковое исследование проведено 65 беременным подросткам, из них 35 – здоровые подростки, 15 – с анемией и 15 – с дефицитом массы тела. 30 беременных оптимального репродуктивного возраста, у которых беременность протекала без осложнений, составили группу сравнения.

Были изучены такие основные показатели фетометрии плода: бипаритетальный размер головки (БПР), лобно-затылочный размер (ЛЗР), диаметр живота (ДЖ), диаметр груди (ДГ), длина бедренной кости (ДБ) в 22-24, 25-27, 28-31, 32-35 и 36-38 недель беременности.

Показатели маточно-плацентарно-плодового кровотока были определены методом доплерометрии у 85 юных беременных в 33-37 недель беременности, в том числе: 20 – юным беременным с дефицитом массы тела, 20 – с анемией и 45 – здоровым юным беременным.

Исследование состояло в изучении кривых скоростей кровотока (КСК) в маточных артериях и магистральных сосудах плода: артерии пуповины (АП), аорте (А), средней мозговой артерии (СМА) с определением систоло-диастолического отношения (СДО).

Известно что, динамика роста плода зависят от различных факторов внутренней и внешней среды. Показатели биометрии плода при различных акушерских и экстрагенитальных патологиях, такие как анемия, гестозы, дефицит массы тела и т.д. изучены различными авторами. В то же время имеются некоторые сведения о влиянии возраста матери, особенно юных матерей на рост и развитие плода в динамике беременности.

Анализ ультразвуковой фетометрии демонстрирует статистически незначимое отставание всех основных показателей у юных здоровых беременных в сравнении с группой беременных оптимального возраста.

В группе подростков с анемией отмечается достоверное снижение БПР на 0,18 и ДМТ на 0,20, ЛЗР соответственно на 0,18 и 0,22, ДЖ на 0,16 у обеих групп, ДГ на 0,24 у первой и на 0,20 у второй подгруппы. Отмечено уменьшение показателей фетометрии в динамике беременности в отличие от группы сравнения.

Обращает внимание то что, до 25-26 недель беременности показатели фетометрии не отличаются от группы сравнения. Наиболее выраженные изменения наблюдались в сроке 28-31, 36-38 недель. Отставание размеров ДБ выявлены с 28 недель беременности. Менее выраженные изменения фетометрических показателей плода обнаружены у здоровых подростков.

Методом доплерометрии было исследовано кровообращение в артерии пуповины, маточной артерии и в сосудах плода у юных беременных при сроке беременности 33-37 недель.

При анализе скоростей кровотока определялось систоло - диастолическое отношение. Нарушенным кровотоком считали в том случае, если значения СДО КСК превышали нормативные показатели, соответствующие данному сроку беременности. Для учета изменений кровотока в маточно-плацентарном и плодово-плацентарном звеньях, рассчитан плацентарный коэффициент (ПК).

Характер изменений СДО и скорости кровотока в сосудах плода и маточных артериях приведена в таблице 1.

Таблица 1

Результаты доплерометрического исследования кровотока в сосудах плода и в маточной артерии у здоровых подростков, у подростков с анемией и дефицитом массы тела

Показатели	Группа сравнения n = 16	Здоровые подростки n = 45	Подростки с анемией n = 20	Подростки с ДМТ n = 20
Артерия пуповины	2,53 ± 0,1	2,63 ± 0,1	2,94±0,1	2,69±0,07
Аорта	5,27±0,26	6,44±0,04**	5,32±0,03	4,42±0,06**
Средняя мозговая артерия	5,81±0,42	2,39±0,01**	3,58±0,03**	
Маточная артерия				
ПК	2,15±0,06	1,46±0,05**	2,25±0,04	1,85±0,04**
Средняя масса плода	0,199±0,012	0,181±0,002	0,140±0,005**	0,182±0,002
	3240,0±71,3	2253,0±40,9**	3033,0±55,3*	2592,0±21,5**

Примечание: *p<0,01, **p<0,001 по сравнению с группой сравнения

Наиболее выраженные изменения кровотока обнаружены в системе маточной артерии как здоровых подростков, так и у подростков с ДМТ.

Разница показателей по сравнению с группой сравнения обнаруживает высокую степень достоверности (p<0,001).

Нарушение гемодинамики в плодово-плацентарном комплексе выявлена также как у здоровых беременных подростков, так и у подростков страдающих анемией и ДМТ. О нарушении кровообращения в системе плодово-плацентарного комплекса свидетельствует снижение показателей СДО КСК средней мозговой артерии, т.е. централизации мозгового кровообращения.

Плацентарный коэффициент, который является наиболее информативным показателем ранней диагностики нарушений во всей системе маточно-плацентарно-плодового кровотока, был достоверно низким по сравнению с группой сравнения.

Как и следовало ожидать, средняя масса новорожденных, родившихся у подростков была значительно ниже 2253,0±72,4 (p<0,01).

Выводы. Таким образом, нарушение кровообращения в функциональной системе мать-плацента-плод обнаружено у 2/3 беременных подростков, особенно выраженной в маточно-плацентарном кровотоке. По всей вероятности, этим объясняется высокая частота СЗРП и рождение детей с малой массой тела при доношенном сроке беременности.

Список литературы

1. Особенности течения беременности и родов у юных женщин / Г.М. Каримова [и др.] // Материалы Респ.науч.практич.конф.: «Медико-социальные аспекты здоровья девочек и девушек Таджикистана». – Душанбе, 2001. - С.33-34.
2. Каримова, М.Т. Течение раннего неонатального периода новорожденных, родившихся у юных матерей / М.Т. Каримова, З.Р. Азизова, Л.М. Рахимова // Материалы Респ. науч. практич. конф.: «Медико-социальные аспекты здоровья девочек и девушек Таджикистана». – Душанбе, 2001. - С.35-36.
3. Доктор Джон. Подростковая беременность. ВОЗ.11 Сентября, 2015
4. World Fertility Patterns 2013. UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
5. World health statistics 2014. World Health Organization, Switzerland, 2014.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ НАРУШЕННОМ КОСТНОМ МЕТАБОЛИЗМЕ

Каримов К.К., Наимов А.М., Партиева Ф.М., Абдурузиков М.М.

Кафедра травматологии-ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Травматические повреждения костного скелета являются одной из сложных медико-социальных проблем общества, приводящих к длительной потере трудоспособности и инвалидизации пациента. Повреждение костей обусловлено не только техногенным фактором, а также нарушением костного метаболизма, причиной которого в основном являются возрастные изменения и другие обменные нарушения. Исходя из этого, ранняя диагностика заболевания, выявление групп профилактических мероприятий обходятся многократно дешевле, чем проведение лечения переломов. Лечение получается эффективным, когда пациенты получают препараты, улучшающие костный метаболизм до первого перелома или пациенты высокой группы риска [1].

Несмотря на использование современных методов остеосинтеза, после первичного перелома, остаётся высокий процент повторных переломов на фоне нарушенного костного метаболизма [2].

Цель исследования. Улучшить результаты лечения и проанализировать различные варианты остеосинтеза с целью ранней активизации пациентов с нарушенным костным метаболизмом.

Материал и методы исследования. В настоящем исследовании проводилось изучение результатов обследования, лечения, реабилитации и оценка отдалённых результатов 87 пациентов с последовательным низкоэнергетическим переломом за период с 2018 по 2019гг., получивших лечение в отделении сочетанной травмы и экстренной хирургии на базе ГУ НМИЦ РТ. Большая часть пострадавших была представлена лицами пожилого возраста. Причинами последовательных переломов являлось изменение костной структуры на фоне нарушения костного метаболизма. Основной контингент пациентов составили женщины - 60 (68,9%), мужчин было 27(31,1%); средний возраст – 60±6,5 лет. Чаще всего у женщин переломы возникли в результате незначительной травмы, а также в постменопаузальный период на фоне нарушения костного метаболизма. Клиническая картина заболеваний и повреждений определялась на основе жалобы, осмотра пациента, механизма травмы, возраста и соматического фона. В зависимости от локализации и тяжести повреждений чаще всего отмечались переломы крупных сегментов 60(65%) и позвоночного столба 27 (35%).

Данным пациентам проводились следующие диагностические методы исследований:

1. Ортопедическое исследование, R-графия, денситометрия, КТ, МРТ.
2. Лабораторное исследование.

Была изучена частота последовательных низкоэнергетических переломов на фоне нарушенного костного метаболизма, медицинские и социальные аспекты последствий каскада последовательных низкоэнергетических переломов, также изучены методы профилактики, диагностики, ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения пациентов в течение 3 лет.

Учитывая состояние костной ткани и возрастные изменения, к пациентам применялся индивидуальный подход по выбору метода лечения. Оперативное вмешательство проведено 67(77,1%) пациентам. Накостный остеосинтез пластиной LSP – 43(64,1%), БИОС – 8(12,1%), артропластика-1(1,4%), закрытая репозиция и остеосинтез аппаратом Илизарова – 15(22,4%). Консервативное (на скелетном вытяжении, гипсовые повязки) – 20 (22,9%) пациентам.

Результаты исследования и их обсуждение. У большинства пациентов переломы отмечались в области дистального отдела лучевой кости 30(26,1%), шейки бедренной кости 40(34,8%), а также позвоночника 17(17,4%).

Изучение результатов лечения в ближайшем и отдалённом периоде свидетельствует о том, что проведённое оперативное лечение имеет положительную перспективу для восстановления ранних функциональных возможностей пациентов. Проведённый анализ результатов лечения переломов на фоне нарушения костного метаболизма показал, что развитие осложнений у больных непосредственно связано с используемыми методами лечения. Из числа оперированных больных осложнения наблюдались в 8 (11,9%) случаях, в том числе нагноение послеоперационных ран – 3(4,5%), металлогранулёма – 4(5,9%), неврит лучевого нерва – 1(1,5%). Учитывая состояние костной ткани в послеоперационном периоде пожилым пациентам применена дополнительная внешняя иммобилизация в виде гипсовых повязок и бандажей, а также медикаментозная терапия. У пациентов, леченных консервативными методами, наблюдались следующие виды осложнений: неправильно сросшийся перелом – 3(15%), ложные суставы – 1(5%), деформация конечностей – 2(10%), стойкие контрактуры суставов – 6 (30%).

Выводы. Клинически отмечено преимущество оперативного лечения низкоэнергетических переломов при нарушении костного метаболизма, а также раннее восстановление структурно-кинematicких возможностей при применении различных методов остеосинтеза. Стабильно-функциональный остеосинтез в настоящее время является методом выбора лечения как при моно, так и при полиоссальных повреждениях длинных костей, каскаде переломов и низкоэнергетических переломах.

Список литературы

1. Диагностика нарушений костного метаболизма при онкологических заболеваниях / О.И. Аполихин [и др.] // Научно-практический журнал. Исследования и практика в медицине. – Москва, 2015. - №2 (4). - С. 88-97 .
2. Минасов Т.Б. Эффективность комбинированной терапии постменопаузального остеопороза с использованием препаратов двойного действия / Т.Б. Минасов, Б.Ш. Минасов // Журнал: «Травматология и ортопедия России». - 2011. - №4(62). - С 92 - 94.

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ДТП

Каримов К.К., Аминов М.С., Курбонов Х.Ф., Абдурозиков М.М.

Кафедра травматологии - ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Таджикистан

Актуальность. Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) являются одной из причин самых тяжёлых травм, приводящих к длительной потере трудоспособности и инвалидизации пострадавших [1,2].

Цель исследования. Изучение и анализирование результатов лечения пациентов с повреждением длинных сегментов конечностей, а также разработка доктрины профилактики при ДТП.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе изучения историй болезни и результатов лечения отдалённого периода 214 пациентов, получивших лечение в отделении сочетанной травмы и экстренной хирургии на базе Национального медицинского центра РТ за период 2014-2015 гг. Доминирующим числом пострадавших представлены мужчины - 160 (78,4%), медиана возраста – 33,4 года, женщин было 54 (21,6%). Основными причинами этих повреждений больше всего явились дорожно-транспортные происшествия (ДТП) и ката-травма. Клиническая картина повреждений определялась на основе жалоб пациента, осмотра, механизма травмы, возраста и пола. Оперативное лечение оказано 126 (78,4%) пациентам, консервативное - 88 (47,2%). Произведён накостный остеосинтез пластиной АО – 88 пациентам, закрытая репозиция-фиксация аппаратом Илизарова – 26, остеосинтез системой БИОС - 12. Остальным – 54 (21,6%) пациентам проведено консервативное лечение.

Результаты исследования и их обсуждение. Ретроспективный анализ гласит о том, что 60-65% травм опорно-двигательного аппарата пациенты получили в результате ДТП. Среди травм, полученных в результате ДТП, доминируют политравмы и повреждения длинных костей. Всем больным на госпитальном этапе проведена высококвалифицированная медицинская помощь. В отдалённом периоде, в зависимости от механизма и тяжести травмы, у некоторых больных, особенно получивших травму в результате ДТП, отмечалась временная или постоянная потеря трудоспособности.

Выводы. Для снижения роста травматизма в результате ДТП необходимо проводить профилактические меры среди населения посредством телевидения, усилить надзор за дорожным движением пешеходов, проводить пояснительные работы в школах, ВУЗах, также среди всех органов и министерств. Проведение профилактических мер предупреждает возникновение ДТП и может снизить количество травматизма по всей республике. Результат проведения профилактических работ может улучшить качество жизни населения республики, устранить нежелательные последствия и уменьшить количество смертности.

Список литературы

1. Состояние специализированной амбулаторной травматолого ортопедической помощи пострадавшим от травм и больным с патологией костно-мышечной системы/ С.П. Миронов Н.А. Ескин, Т.М. Андреева// Вестник травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова. - 2010. - №1, - С 3-8.
2. Травматизм, ортопедическая заболеваемость, состояние травматолого – ортопедической помощи населению России в 2009 году/ Минздравсоцразвития РФ ФГУ Центр. НИИТО имени Н.Н. Пирогова. 2010. – С. 88.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХБП ПЯТОЙ СТАДИИ

Каримов М.А., Мавлонов Ф.Б., Сафаров Ч.Б., Тагоев С.Х.

Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека.

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Хронические болезни почек (ХБП) – это прогрессирующие заболевания, приводящие к постепенному угасанию функции почек. Наиболее частыми причинами ХБП являются гломерулонефрит, пиелонефрит, другие интерстициальные нефриты и диабетическая нефропатия, которая в некоторых странах, в частности в США, выходит на одно из первых мест среди причин терминальной ХПН, требующей лечения гемодиализом. Как показывают статистические данные, что в среднем в мире ХБП страдают около 150-200 человек на 1 млн. населения. В Республике Таджикистан более 5000 взрослого населения страдают ХБП – 5 стадии и эта цифра ежегодно имеет тенденцию к увеличению, а в США – до 180-200 на 1 млн. населения. Большинство авторов отмечают преобладание этого заболевания у мужчин в возрасте 20-45 лет. При поздних стадиях ХБП поражаются практически все органы и системы. Хорошее развитие в Таджикистане методов заместительной терапии и родственной аллотрансплантации почек (рАТП) при хронической почечной недостаточности (ХПН) позволило добиться существенного увеличения длительности жизни пациентов в терминальной стадии нефрологических заболеваний, а также повышения степени их реабилитации и качества жизни, но при этом частота некоторых видов экстраренальных осложнений, в том числе и со стороны пищеварительного тракта (ПТ), значительно возросла. Симптоматика поражения ПТ при ХБП 5 ст развивается медленно, однако уже на ранних стадиях появляются жалобы на сухость во рту, ухудшение аппетита, отвращение к мясной пище, тошноту. Наиболее часто и рано поражается слизистая оболочка желудка, что определяется термином «уремическая гастропатия» [1, 4]. Повышенная экскреция азотистых продуктов в полость желудка приводит к увеличению образования аммиака, вследствие расщепления мочевины, что приводит к повышению pH и компенсаторной активации гастриноподобных G-клетками, развивается гиперплазия железистых элементов а также при уремической гастропатии наблюдается нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки с избыточным накоплением в просвете желудка застойного содержимого, способствующего в дальнейшем нарушению кровообращения в стенке желудка [2]. Повышение концентрации мочевины и ее продуктов в просвете желудка приводит к повышению слизиобразования, что также рассматривается как компенсаторная реакция. При прогрессировании ХБП 5 ст. происходит дестабилизация описанных адаптационных механизмов. Дегенеративно – дистрофические изменения слизистой желудка, в конечном счете, приводят к атрофическим изменениям на фоне минимальных воспалительных явлений, что характерно для уремической гастропатии [3].

Цель исследования: изучение частоты и структуры эрозивно-язвенных поражений желудка и ДПК у больных с хронической болезнью почек пятой стадии до и после аллотрансплантации почек.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на данных клинического наблюдения, обследования и лечения 86 больных с ХБП 5 ст, находившихся на лечении в Государственном Учреждении «Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека (ГУННЦТОиТЧ) МЗСЗРТ» с 2010 по 2014 годы. Для детального и всестороннего изучения механизмов возникновения эрозий и язвенных поражений верхнего отдела пищеварительного тракта были тщательно и комплексно обследованы до и после трансплантации почек. Необходимо отметить, что во всех наблюдениях проводили родственные трансплантации почек. Критерием для отбора пациентов, помимо основной патологии, служили данные о наличии болей в эпигастрии, диспепсии, изжоги на данный момент, а также для непосредственного эндоскопического гемостаза в случае активного кровотечения.

Таблица 1. - Распределение больных с ХБП пятой стадии по возрасту и полу

Возраст	Пол		Всего
	Мужчины	Женщины	
18 – 30	4	9	13
31 - 40	10	12	22
41 - 50	15	28	43
51 - 60	5	1	6
61 – 70	2	-	2
Итого	36	50	86

Таблица 2. - Характер заболеваний почек, осложнившихся ХБП (n=86)

Название заболеваний	Количество	%
Хронический гломерулонефрит (ХГ)	47	54,65%
Хронический пиелонефрит (ХП)	23	26,74%
Амилоидоз почек (АП)	3	3,49%
Поликистоз почек (ПП)	6	6,98%
Сахарный диабет (СД)	7	8,14%
Всего	86	100,0%

Всем больным проводили ФГДС. В большинстве случаев не было анамнестических указаний на наличие язвенной болезни, однако большинство пациентов страдали язвенной болезнью ранее. В ходе ФГДС оценивали выраженность, распространённость, локализацию патологических изменений гастродуоденальной СО, наличие и характеристики эрозивных и язвенных дефектов, признаки желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК). С целью выявления инфицирования *Helicobacter pylori* и морфологического исследования СО желудка при каждом эндоскопи-

ческом исследовании производили прицельную биопсию СО с забором 3 биоптатов из антрального отдела желудка. Для выявления НР нами использовались гистологический метод (с окраской препаратов по Гимзе без дифференцировки), биохимический метод - быстрый уреазный тест URE-HP-тест. Наличие инфицирования слизистой оболочки желудка НР считалось подтвержденным, если имел место положительный результат в обоих использованных методах диагностики НР. Интрагастральная рН-метрия проводилась во время ФГДС.

Результаты исследования и их обсуждение. В процессе исследования было установлено, что у 56 (65,1%) больных с ХБП из 86 обследованных больных наблюдались эрозивные, язвенные поражения верхнего отдела пищеварительного тракта. Эрозивный эзофагит обнаружен у 29 (33,7%) пациентов, эрозивный гастрит у 25 (29,0%) пациентов, эрозивный бульбит у 6 (6,97%). Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у 12 (13,95%). Смешанные эрозивные поражения, включая различные сочетания поражения пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, выявлены у 14 (16,27%) пациента (таблица 10).

Таблица 3. - Поражения верхнего отдела пищеварительного тракта у больных с ХБП (n=86)

Локализация поражения верхнего отдела пищеварительного тракта	Количество	%
Эрозивный эзофагит	29	33,7%
Эрозивный гастрит	25	29,0%
Эрозивный бульбит	6	6,97%
Язвенная болезнь желудка и ДПК	12	13,95%
Смешанные эрозивные поражения (n=14) Эрозивный эзофагит +гастрит	14	16,27%

При уточнении данных эндоскопического исследования установлено, что в 29 наблюдениях имело место повреждение слизистой пищевода, наряду с этим в 9 случаях у пациентов диагностировали гиперемию слизистой. Зияние кардии у 7 пациентов (рис 1).

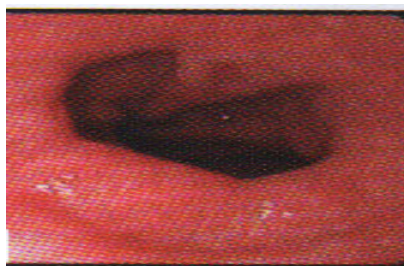


Рисунок 1. - Неполное смыкание кардии

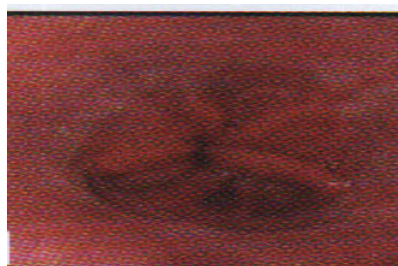


Рисунок 2. - РЭ I степени

Согласно классификации Savari-Miller проводили оценку степени выраженности рефлюкс-эзофагита и морфологических изменений в слизистой оболочке пищевода (таблица 4).

Таблица 4. - Распределение больных с ХПН и РЭ (n=33)

Степени тяжести РЭ	Количество	%
РЭ I степени	22	75,87%
РЭ II	8	27,58%
РЭ III	3	10,34%
РЭ IV	-	-
Всего	29	33,7%

У 8 пациентов с РЭ II степени были диагностированы сливные дефекты слизистой оболочки (рис.3). У троих больных с РЭ III степени были эрозии более 5 см с изменениями по окружности всего просвета пищевода (рис 4).

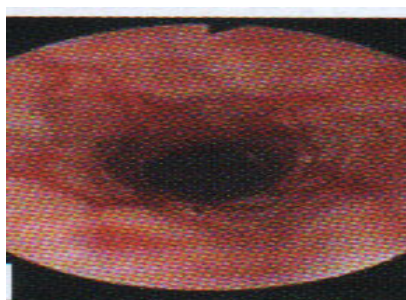


Рисунок 3. - РЭ II степени

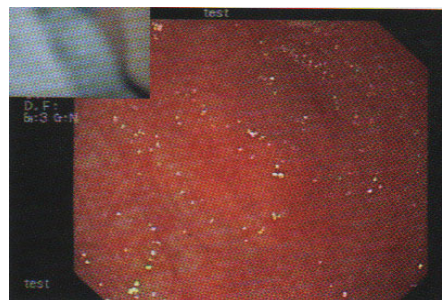


Рисунок 4. - РЭ IV степени

Известно, что в условиях азотемии пищеварительный тракт выполняет экскреторную функцию. Морфологический и функциональные изменения в пищеварительном тракте различной степени выраженности поражения эрозивного и язвенного характера происходят на фоне прогрессирования ХБП пятой стадии. Наиболее характерными эндоскопическими признаками гастрического поражения желудка у больных с ХБП – 5 стадии являлись: а также (рис 6).

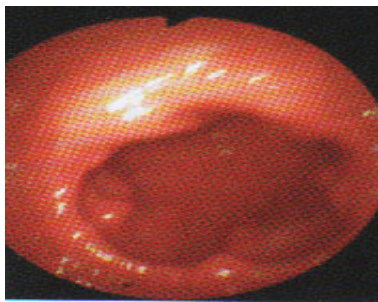


Рисунок 5. - Атрофический гастрит



Рисунок 6. Хронические эрозии при ХБП – 5ст

Чаще всего острые язвы у данной категории пациентов локализовались в теле желудка ближе к малой кривизне кардиальном отделе, в луковице ДПК. Наличие НР инфекции установлено у больных 42 (48,83%) с ХБП -5 ст с преобладанием слабой и средней степени микробной контаминации СО желудка. При этом отмечено, что у больных в терминальной стадии ХБП НР выявляли значительно чаще – из больных получавших программный диализ. Анализ результатов эндоскопического исследования показал, что пептические повреждения (эрозии, язвы) гастродуоденальной СО и кровотечение более часто выявлялись у НР - положительных больных с ХБП – 5 ст, в сочетании с гиперацидным состоянием.

Выводы: 1) Анализ результатов эндоскопического исследования показал, что пептические повреждения гастродуоденальной зоны более часто выявлялись у больных в терминальной стадии ХБП- 5 ст. 2) Усугубление тяжести ХБП – 5ст сочетается с увеличением НР-положительных больных, преимущественно с гиперацидным состоянием.

Список литературы

1. Peptic Ulcer Disease Risk in Chronic Kidney Disease: Ten- Year Incidence, Ulcer Location, and Ulcerogenic Effect of Medications / C.C. Lang, [et. al.] // PLoS ONE.- 2014.- V.9, №2.
2. The relation between nutritional state and quality of life in surgical patients / J. Larsson [et al] // Eur. J. Surg.–2011.–V. 160, № 6–7.–P. 329
3. Kidney transplant Medicare payments and length of stay: associations with comorbidities and organ quality / G. Machnicki, [et. al.] // Archives of Medical Science :AMS.- 2011.- V.7, № 2. - P. 278–86.
4. Lesourd, B.M. Immune responses during recovery from proteinenergy malnutrition / B.M. Lesourd, L. Mazari // Clin. Nutr.–2012.–V. 16, № 1.–P. 37-46.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХЭНД-АССИСТИРОВАННАЯ ДОНОРСКАЯ НЕФРЭКТОМИЯ: ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ 20 ОПЕРАЦИЙ

Каримов М.А., Исмоилзода С.С., Ганиев Ф.А., Мавлонов Ф.Б., Мирзоиев К.М.

Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека.

Кафедра инновационной хирургии и трансплантологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Отдаленные результаты трансплантации почки от живых родственных доноров существенно превосходят результаты пересадки трупных органов. Основными преимуществами подобных операции являются гораздо меньшая продолжительность консервации, как правило, лучшая гистосовместимость реципиента и донора, исчерпывающее обследование донора, отсутствие преморбидных повреждений органов. Кроме того, родственная трансплантация позволяет значительно сократить, время ожидания для реципиента, и соответственно, уменьшить влияние негативных побочных явлений длительный заместительный терапии. Все эти преимущества достигаются благодаря добровольному пожертвованию органа живым донором и родственникам. Поэтому основными условиями выполнения донорской нефрэктомии должны быть минимальное влияние на общее состояние здоровья и образ жизни донораи безопасность в отношении возможности осложнений. Внедрение с середины девяностых лапароскопической нефрэктомии позволило значительно увеличить число подобных операций за счет гораздо большей привлекательности для доноров вследствие меньшего косметического дефекта и быстрого практически полного восстановления физической активности [1]. Однако, открытая операция содержит потенциально больший риск повреждения мышечных тканей органов вне брюшной полости, выполняемой внебрюшинно. Оптимальным решением может быть лапароскопическая хэнд-ассистированная нефрэктомия, сочетающая в себе косметические преимущества лапароскопических вмешательств и операций, выполняемых брюшинным доступом. В этой статье мы приводим методику и результаты применения в нашем центре двадцати первых лапароскопических хэнд-ассистированных донорских нефрэктомий.

Цель исследования. Изучать результаты лапароскопической нефрэктомии от живого донора и сравнить их с результатами открытой стандартной нефрэктомии.

Материалы и методы исследования. В период с ноября 2018 г. по январь 2019 г. было выполнено 20 лапароскопических донорских нефрэктомий с последующей трансплантацией почки родственному реципиенту. Все нефрэктомии были выполнены слева. Доноры были обследованы по стандартному протоколу, включающему определение клубочковой фильтрации по клиренсу креатинина, рентгенокомпьютерную томографию, гелиевые магнитной резонансная томография. Подобные сведения о донорах и реципиентах представлены в табл. 1 и 2. Предоперационная подготовка доноров включала стандартную очистительную клизму накануне и не требовала назначения фортранса (в отличие от подготовки к открытой операции). На операционном столе пациента располагали на боку

в позиции пере разгибания в поясничном отделе, под углом 90 градусов. После обработки операционного поля выполняли доступ в брюшинное пространство через разрез 3,5-4,0 см по срединной линии выше пупка. Важным ориентиром является срединная линия.

Таблица 1. - Характеристика доноров

Показатели	Левосторонняя нефрэктомия
Количество пациентов	N - 20
Возраст (лет)	26 – 65 ± 2
Индекс массы тела (кг/м ²)	30 ± 3
Пол (М/Ж)	11 (ж) 9 (м)
Продолжительность операции (мин)	200 мин ± 30 мин
Продолжительность первичной тепловой ишемии (мин)	14 – 16 мин ± 3 мин
Объем кровопотери (мл)	60 – 100 мл ± 50 мл

Таблица 2. - Характеристика реципиентов

Количество пациентов	N – 20
Возраст (лет)	26 – 65 ± 2
Пол (М/Ж)	11 (ж) 9 (м)
Вид заместительной терапии	
Гемодиализ (чел)	
Додиализная трансплантация (чел)	

После 5-7 минутной экспозиции под контролем пальца устанавливали 10мм порт по срединной линии в области формирования первичного доступа. Затем уже после формирования карбоксиретроперитонеума (12-14мм.рт.ст.) под контролем камеры устанавливали 12-мм порт по передне-подмышечной линии, на 3-4 см выше гребня подвздошной кости, 5-мм порт несколько медиальнее на уровне пупка для тракции почки. В первую очередь визуализировали селезеночный угол толстого кишечника. Для выделения последней последовательно с помощью аппарата комплексной биполярной коагуляции (KARL-STORZ) Тупо (кончиком отсоса) и остро (Диссектором) раздвигая ткани и двигаясь верхний полюс, отделяя его от надпочечника до поясничную мышцу, вдоль НПВ в сторону ворот почки пересекали, гонадную и надпочечниковую вены после рассечения поясничную вену с наложением клипсы было визуализировано почечная артерия последовательно было выделено артерия до аорты. (рис. 4). После выделения сосудов последовательно освобождали из окружающей жировой клетчатки заднюю поверхность почки, с помощью ультразвукового диссектора, переднюю поверхность. В последнюю очередь выделяли нижний полюс и мочеточник в комплексе с окружающей клетчаткой и гонадной веной. Как правило, несколько выше неё определяются мочеточник и гонадная вена (рис.2).

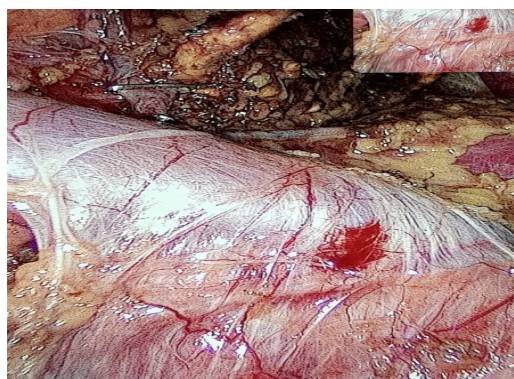


Рисунок 1. - Визуализация поясничной мышцы



Рисунок 2. - Боковая поверхность нижней полой вены и мочеточник

Гонадную вену прослеживали до НПВ и с помощью аппарата комплексной биполярной коагуляции (KARL-STORZ), выделяли сначала почечную вену и артерию. Для выделения последней последовательно с помощью аппарата комплексной биполярной коагуляции (KARL-STORZ) пересекали поясничную, гонадную и надпочечниковую вены. После выделения сосудов последовательно освобождали из окружающей жировой клетчатки заднюю поверхность почки, верхний полюс, отделяя его от надпочечника с помощью, коагуляции (KARL-STORZ) переднюю поверхность. В последнюю очередь выделяли нижний полюс и мочеточник в комплексе с окружающей клетчаткой и гонадной веной. После пересечения дистального конца гонадной вены и мочеточника также с помощью комплексной биполярной коагуляции (KARL-STORZ) «опрокидывали» почку кзади, убеждались, что она полностью выделена и фиксирована только сосудами.

С целью улучшения косметического эффекта мы извлекали орган через разрез срединную линию. Почечную артерию и вену пересекали после наложения на проксимальный конец двух пластиковых клипс с замковым механизмом NaemoLock (рис. 3). Орган удаляли через описанный выше разрез.

После послойного ушивания раны и ревизии дренаж помещали через порт. Все кожные разрезы от портов ушивали.

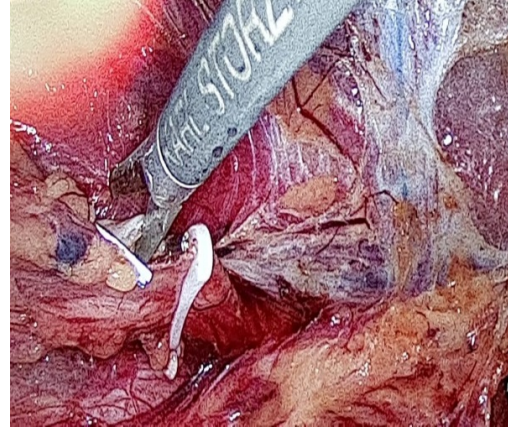
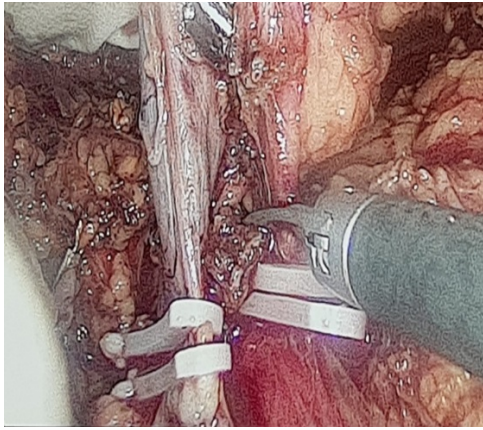


Рисунок 3. - Лигирование почечной артерии при помощи клипсы NaemoLock

Результаты исследования и их обсуждение. В период с ноября 2018 г. по январь 2019 г. в нашей центре было выполнено 20 лапароскопических донорских нефрэктомии с последующей трансплантацией почки родственному реципиенту. Все нефрэктомии были выполнены слева.

У 18 доноров была 1 почечная артерия, у двух-2 артерии. Ни в одном случае не потребовалось перехода к открытой операции. Средняя продолжительность нефрэктомии составила 186 мин (175-195 мин), тепловая ишемия составила 3,9 мин. У доноров не было отмечено интра или послеоперационных осложнений. В этих случаях, где были 2 почечные артерии, последние были анастомозированы между собой *ex vivo*. Ни разу не возникло необходимость в реконструкции почечной вены. У всех реципиентов наблюдалась отличная функция трансплантата, хирургических осложнений отмечено не было. Креатинин плазмы на момент выписки составил 145 ± 39 мкмоль/л.

Уникальность донорской нефрэктомии состоит в том, что это операция выполняется не больному для его лечения, а совершенно здоровому человеку. В связи с этим совершенно необходимо соблюдение двух основных условий: минимизация влияния на здоровье донора и максимальная выгода для оказания помощи реципиенту. Соответственно, применяемая хирургическая техника должна быть направлена на снижения риска осложнений для донора без компромисса в отношении функции трансплантата. С момента выполнения в 1995 г. первой лапароскопической нефрэктомии критическое отношение к методу было связано в основном с более продолжительной тепловой ишемией по сравнению с традиционными открытыми вмешательствами, что теоретически могло оказывать отрицательное воздействие на результаты трансплантации. В то же время большинство исследователей не обнаружили различий при использовании обеих методов как по функции почки в ближайшем послеоперационном периоде, так и в отношении отдаленной выживаемости трансплантата [3]. При этом достоверных различий в достоверных различиях в результатах трансплантаций, выполненных после открытого изъятия почек не обнаружено при проведении как проспективных, так и ретроспективных исследований [6].

После полного выделения почки, сосудов и достаточной части мочеточника нами осуществлялась диссекция париетальной брюшины медиально и вниз и, таким образом, производили поперечный разрез для экстракции органа в надлонной области без пересечения прямых мышц живота. При этом удается получить хороший косметический и функциональный результат.

Выводы. Таким образом, лапароскопическая донорская нефрэктомия является безопасным воспроизводимым методом. Выполнение операции таким доступом не сопровождается дополнительными техническими трудностями, не приводит к увеличению продолжительности тепловой ишемии и обладает не худшим косметическим эффектом по сравнению с открытыми вмешательствами. В то же время лапароскопический метод имеет три основных преимущества: безопасный контакт с органами брюшной полости, более безопасный доступ к почечным артериям и косметическое преимущество.

Список литературы

1. Alcaraz A., Rosales A. Et al. Early experience of a living donor kidney transplant program//Eur.Urol.2006.Vol.P. 542-548.
2. Yuzawa K., Shinoda M., Fukao K. Outcome of laparoscopic living donor nephrectomy in 2007: national survey of transplantation centers in Japan// Transplant. Proc. 2009. Vol.41.P.85-87.
3. Oyen O., Andersen M., Mathisen L. et al. Laparoscopic versus open living-donor nephrectomy: experiences from a prospective, randomized, single-center study focusing on donor safety // Transplantation.2005.vol. 79.p. 133-136
4. Kok N.F., Lind M. Y., Hannson B.M. et al. Comparison of laparoscopic and mini incision open donor nephrectomy; single blind, randomised controlled clinical trial//BMJ. 2006/Vol. 33/P.221-226.
5. Simforoosh N., Basiri A. et al. Comparison of laparoscopic and open donor nephrectomy: a randomized controlled trial//BJU. 2005. Vol. 95.P. 851-855.
6. Power R.E., Preston J.M. et al. Laparoscopic vs open living donor nephrectomy: a contemporary series from one centre// BJU. 2006. Vol.98. P. 133-136.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСИМЕРЛАЗЕРНОЙ КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ

Каримов М.Б., Саъдуллоева Б.Х., Хайдаров З.Б., Зиёзода М.Р.

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
клиника «Шифо» г. Душанбе. Таджикистан

Актуальность. Техника лазерного кератомилёза (Lasik), появившаяся в 1990 г., в течение последних лет непрерывно совершенствуется и занимает все более значительное место в современной рефракционной хирургии. После операции Lasik эпителий роговицы сохраняется, ранний послеоперационный период отличается минимальными субъективными расстройствами, отсутствием болевого синдрома, характерного для других рефракционных операций. Превосходит Lasik другие рефракционные операции и по такому важному показателю, как регрессия полученного рефракционного эффекта с течением времени и точной прогнозируемостью послеоперационных результатов, как при миопии, так и сложном миопическом астигматизме различных степеней. Появление современных эксимерных лазеров дает возможность проведения коррекции нарушений рефракции с помощью различных усовершенствованных технологий. В работах многих авторов отмечались хорошие рефракционные показатели, а также повышение качества зрения после проведения различных методов лазерной коррекции зрения.

Цель исследования. Оценить результаты лазерной коррекции зрения у больных с различными аномалиями рефракции.

Материал и методы исследования. Было проведено комплексное обследование и лечение 101 чел. (189 глаз) с различными аномалиями рефракций в условия клиники «Шифо» г. Душанбе за период 2018-2019 гг. В исследовании участвовали 59% женщин и 41% мужчины в возрасте от 18 до 56 лет. Средний возраст составил 32 года. Сложный миопический астигматизм был диагностирован у 129 глаз, простой миопический астигматизм у 40 глаз, сложный гиперметропический астигматизм 3 глаза и смешанный астигматизм - 2. У 15 глаз отсутствовал астигматический компонент, у этих пациентов имела место миопия разной степени (15 глаз) и гиперметропия слабой степени (2 глаза). По степеням астигматизм слабой степени – 153 глаза, средней степени – 19.

Всем больным был выполнен стандартный LASIK (Planoscan). Роговичный лоскут формировали с помощью микрокератома Zyoptix XP с головкой 120 мкм с ориентацией ножки на 12 или 9 часах, абляцию выполняли на эксимерном лазере «VISX Star Excimer Laser System». Рекомендованное ранее использование МКЛ в качестве бандажа считаем нецелесообразным, так как при последующем снятии контактной линзы, как правило, происходит смещение роговичного лоскута, что требует дополнительной его укладки и разглаживания. Параметры оптической зоны во всех группах зависели от толщины роговицы, степени корригируемой миопии, диаметра зрачка в мезопических условиях, а также диаметра роговичного лоскута.

Срок наблюдения составил 6 мес. после операции. Для анализа результатов проводились до и после операции визометрия, рефрактометрия (до и после циклоплегии), пахиметрия, офтальмометрия и офтальмоскопия.

Результаты исследования и их обсуждение. Из осложнений на этапе выкраивания роговичного лоскута нами наблюдались следующие: неполный срез (1 случай) роговицы, потеря вакуума (1 случай). Этим пациентам однозначно этим пациентам проводилась реоперация в сроки через 1-2 месяца с использованием насадки.

У остальных 187 глаз средний сферозэквивалент (СЭ) по данным объективной циклоплегической рефракции составлял - 3,75 дптр. Вычисление СЭ после операции проводилось также по данным авторефрактометрии в условиях циклоплегии. В 6 мес. после операции СЭ в среднем составил соответственно + 0,06 дптр, - 0,60 дптр.

Средний показатель цилиндрического компонента до операции составлял 0,78 дптр (диапазон от + 0,5 до 3,5 дптр), тогда как через 6 мес. после операции достоверно снизился до 0,41 дптр (0 до 1,0 дптр).

Таблица №1. Острота зрения до и после коррекции

Количество глаз /острота зрения			
До операции	После операции	Через 3 мес.	Через 6 мес.
13/0,02	6/0,4	10/0,4	10/0,4
24/0,04	8/0,5	10/0,5	9/0,5
19/0,05	10/0,6	9/0,6	8/0,6
15/0,06	22/0,7	21/0,7	20/0,7
8/0,08	12/0,8	25/0,8	30/0,8
60/0,1	10/0,9	10/0,9	12/0,9
23/0,16	107/1,0	100/1,0	98/1,0
6/0,2	6/1,2	4/1,2	-
7/0,3	6/1,5	3/1,5	-
2/0,4	-	-	-
4/0,5	-	-	-
2/0,6	-	-	-
4/0,7	-	-	-
187/0,093	187/0,91	187/0,9	187/0,85

Как видно с таблицы №1 острота зрения в среднем до операции составляло 0,093, на следующий день после операции увеличилась 0,91, через 3 и 6 месяцев 0,9; 0,85 соответственно оставался стабильным с незначительным снижением.

Выводы. Результаты коррекции аномалий рефракции с наличием астигматизма различной степени на эксимерном лазере «VISX Star Excimer Laser System» достаточно эффективны, безопасны, предсказуемы и стабильны.

Техника проведения операций, особенно этап выкраивания роговичного лоскута требует дальнейшего усовершенствования.

Список литературы

1. Балашевич, Л.И. Рефракционная хирургия / Л.И. Балашевич. – СПб., 1999. –139 с.
2. Борискина, Л.Н. Оценка результатов коррекции миопии высокой степени по методике ЛАЗИК на SCHWIND AMARIS. XI научно-практическая конференция «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии – 2010»: Сб. науч. статей / Л.Н. Борискина // ФГУ «МНТК «Микрохирургия глаза». – М., 2010 – С. 241-245.
3. George, O.. Standard graphs for reporting refractive surgery / O. George, III. Waring // J. Refractive Surg. – 2000. – N16. – P. 459-466.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПО ДАННЫМ ГЛАЗНОГО КАБИНЕТА ПРИЁМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУ «НМТ РТ» ЗА 2016-2018 гг.

Каримов М.Б., Махмадкулова М., Хамидов И.Д., Нуриддинов Дж.А.

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
ургентный кабинет приёмного отделения ГУ НМЦ РТ. Таджикистан

Актуальность. Амбулаторно-консультативная и лечебно-диагностическая помощь больным с заболеваниями глаз, его придаточного аппарата и орбиты в амбулаторных условиях обеспечивается офтальмологическими кабинетами. В статье представлен анализ структуры заболеваемости глазами болезнями по обращаемости пациентов в ургентный глазной кабинет приёмного отделения ГУ «НМЦ РТ» за период 2016-2018 гг. Основными функциями врача офтальмологического кабинета являются: оказание амбулаторной консультативной и диагностической помощи больным и направление их при наличии медицинских показаний в консультативные центры и лечебно-профилактические учреждения стационарного типа для дифференциальной диагностики, выработки тактики и проведения необходимого лечения; проведение терапевтического и хирургического лечения больных с заболеваниями глаз, его придаточного аппарата и орбиты; диспансерное наблюдение; ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о своей деятельности в установленном порядке.

Цель исследования. Анализ структуры заболеваемости глазами болезнями по обращаемости пациентов в ургентный глазной кабинет приёмного отделения ГУ «НМЦ РТ» за период 2016-2018 гг. для дальнейшего усовершенствования офтальмологической помощи.

Материал и методы исследования. Проанализированы статистические данные годовых отчетов ургентного глазного кабинета приёмного отделения ГУ «НМЦ РТ» за период 2016-2018 гг. офтальмологическое обследование включало визуальный осмотр, проверку остроты зрения обоих глаз, оценку состояния переднего и заднего отделов глаза, определение степени и тяжести патологического состояния. Проводилось оказание офтальмологической помощи в зависимости от нозологии.

Результаты исследования и их обсуждение. Ургентный глазной кабинет приёмного отделения ГУ «НМЦ РТ» находится в географическом центре г. Душанбе, РТ и круглосуточно обслуживает население разных регионов республики.

Ниже представлена детализация структуры заболеваний глаза по годам на основе первичного приема пациентов (табл. 1).

Таблица 1. - Структура глазной заболеваемости по нозологическим единицам за 2017-2019 гг. по данным ургентного глазного кабинета ГУ «НМЦ РТ».

Нозология	Число пациентов %			
	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2016-2018 гг.
Конъюнктивиты:	214 (9,8)	219 (9,5)	198 (8,9)	631 (9,4)
Болезни век	142 (6,5)	167 (7,2)	125 (5,6)	434 (6,4)
Воспаление слезных органов	64 (2,9)	74 (3,2)	71 (3,2)	209 (3,1)
Заболевания роговицы	42 (1,9)	46 (2,0)	38 (1,7)	126 (1,9)
Птеригиум	98 (4,5)	113 (4,9)	103 (4,6)	314 (4,7)
Катаракты	136 (6,2)	197 (8,5)	215 (9,6)	548 (8,1)
Увеиты	34 (1,5)	36 (1,6)	29 (1,3)	99 (1,4)
Травмы придаточного аппарата органов зрения	198 (9,0)	201 (8,7)	229 (10,3)	628 (9,3)
Проникающие ранения глазного яблока	168 (7,7)	157 (6,8)	152 (6,8)	477 (7,1)
Контузии органов зрения	242 (11,1)	251 (10,9)	219 (9,8)	712 (10,6)
Инородное тело роговицы	278 (12,7)	290 (12,5)	312 (13,9)	748 (13,0)
Ожоги органов зрения	41 (1,8)	45 (1,9)	53 (2,4)	139 (2,0)
Глаукома	217 (9,9)	254 (11,0)	214 (9,6)	685 (10,2)
Заболевания сетчатки	87 (3,9)	89 (4,4)	117 (5,2)	293 (4,5)
Заболевания зрительного нерва	36 (1,6)	48 (2,1)	51 (2,3)	135 (2,0)
Аномалия рефракции	179 (8,2)	119 (5,2)	104 (4,7)	402 (6,0)
Всего	2176	2306	2230	6712

За анализируемые годы (2016 – 2018 гг.) обратившихся в urgentный кабинет приёмного отделения ГУ «НМЦ РТ» было 6712 больных: в 2016 году - 2176 человек, из них 59,1% мужчин и 41,9% женщин; в 2017 году зарегистрировано увеличение количества пациентов - 2306 человек (69% мужчин; 31% женщин); в 2018 году незначительное уменьшение по сравнению с 2017 года - 2230 человек (70,5% мужчин; 29,5% женщин).

Наиболее часто встречаемые обращения были больные с инородными телами роговицы (13,0%), контузия глазного яблока (10,6%), глаукомы (10,2%), конъюнктивиты (9,4%) и травмы придаточного аппарата (9,3%). Также больные с проникающими ранениями роговицы (7,1%), с аномалиями рефракции (6,0%) и катаракта (8,1%) достаточно часто встречались среди обращений пациентов. Наиболее частое обращение больных с травмами глаза объясняется с круглосуточной деятельностью кабинета urgentной помощи. Частота встречаемости других патологий глаза и придаточного аппарата составила в пределах 2-4%.

Распределение населения, обслуживаемого urgentным кабинетом приёмного отделения ГУ «НМЦ РТ», по регионам представлено в таблице 2.

Таблица 2. - Населения, обслуживаемого urgentным кабинетом приёмного отделения ГУ «НМЦ РТ», по регионам

Регионы	Количество человек			2016-2018
	2016	2017	2018	
г. Душанбе	886 (40,7%)	974 (42,2%)	936 (42,0%)	2796 (41,6%)
РРП	662 (30,4%)	708 (30,7%)	672(30,1%)	2042 (30,4%)
Хатлонская область	431 (19,8%)	412 (17,9%)	420 (18,8%)	1263 (18,8%)
Согдкая область	114 (5,2%)	135 (5,9%)	121 (5,4%)	370 (5,5%)
ГБАО	83 (3,8%)	77(3,3%)	81 (3,6%)	241 (3,6)
Всего	2176	2306	2230	6712

Наибольшее количество больных, обратившихся за помощью, было отмечено из г. Душанбе (41,6%), РРП (30,4%) и Хатлонской области (18,8%), что связано с географически близким расположением данных регионов страны.

Выводы. За период 2016-2018 гг. ежегодно зафиксировано приблизительно одинаковое количество обращений больных в кабинет urgentной службы ГУ «НМЦ РТ» «Шифобахш». Частота обращаемости мужчин больше чем женщин, что связано с видами трудовой деятельности. Основной контингент больных с г. Душанбе, РРП и Хатлонской области. Также отмечено наибольшее количество больных с различными травмами органов зрения и глаукомой.

Список литературы

1. Гундорова Р.А., Степанов А.В., Курбанова Н.Ф. Современная офтальмотравматология. М.: Медицина, 2007.-С. 9.
2. Гундорова Р.А., Малаев А.А., Южаков А.М. Травмы глаза. М.: Медицина, 1986. С. 5.
3. Филатова И.А. Современные аспекты ПХО ран придаточного аппарата глаза // 9 Российский общенациональный офтальмологический форум: сборник научных трудов. М., 2016. Т. 1. С. 73.
4. Вериго Е.Н., Кузнецова И.А., Романов И.Ю. Консервативная терапия в реабилитации больных с повреждением органа зрения / Е.Н. Вериго [и др.] // Вестник офтальмологии. 2002. № 2. С. 34-37.

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ЖЕНЩИН С ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Каримова У.А., Вафоева Н.В., Кадырова С.Г.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Дородовый разрыв плодных оболочек (ДРПО)– осложнение беременности, характеризующееся нарушением целостности оболочек плода и излитием околоплодных вод до начала родовой деятельности независимо от срока беременности [4].

До настоящего времени дородовый разрыв плодных оболочек остаётся актуальной проблемой в акушерстве. Актуальность данной проблемы обусловлена негативным влиянием как на организм матери, так и на организм плода, выражающимся высокой частотой перинатальной и материнской заболеваемости и смертности.

Нередко дородовый разрыв плодных оболочек и раннее излитие околоплодных вод нарушает нормальное течение беременности, родов и может привести к таким осложнениям, как затянувшаяся латентная и активная фазы родов, развитие гипоксии, инфицирование матери и плода [1]. Большую угрозу для матери представляет хориоамнионит, который ухудшает течение и исход родов [3]. Основным осложнением при ДРПО являются преждевременные роды, которые, в свою очередь, по мнению многих авторов, могут привести к респираторному дистресс-синдрому, инфекциям и сепсису у новорожденных [2,5].

Цель исследования. Изучить акушерские осложнения родов женщин с дородовым разрывом плодных оболочек.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели проведён ретроспективный анализ 692 историй родов женщин с дородовым разрывом плодных оболочек, родоразрешённых на базе родильного дома №1.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст обследованных женщин колебался от 17-42 лет и составил в среднем 25,98±03,22 лет. Группы состояли преимущественно из числа женщин активного репродуктивного возраста – 20 – 34 лет. Возрастной состав обследованных групп приведен в табл.1.

Таблица 1. - Возрастной состав обследованных групп

Возрастной состав	n=692	
	Число	%
До 20 лет	118	17,1
21 – 34 года	502	72,5
35 и более	72	10,4
Средний возраст	25,98±0,22	

При изучении паритета выявлено первородящих 54,1%; повторнородящих с паритетом 2-4 было 38,8% и многорожавших с 5 и более родами – 7,1%. Через естественные родовые пути были родоразрешены 609 (88%) женщин, остальные 83 (12%) – путем операции кесарево сечение.

При анализе репродуктивного анамнеза у 21 (3%) пациентки было указание на преждевременные роды в анамнезе, причем у 5 из них преждевременные роды имели повторный характер. Прерывание беременности путём вакуум-аспирации имело место у 87 (12,6%) пациенток, у 90 (13,1%) были самопроизвольные выкидыши в различные сроки беременности. Также у 12 (1,7%) женщин в анамнезе были случаи неонатальной смертности и 9 случаев (1,3%) мертворождения.

Изучение течения гестационного процесса у беременных женщин с ДРПО показало, что почти каждая вторая женщина (57,4%) во время беременности перенесла острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ). У 38,2% женщин настоящая беременность осложнилась угрозой прерывания беременности. При этом чаще всего угроза прерывания встречалась в I и II триместрах. У каждой третьей пациентки с ДРПО (27,36%) беременность протекала на фоне анемии различной степени выраженности.

Проведенный анализ показал, что наиболее частым осложнением в родах являлись затянувшиеся роды, которые составили 7,4%, из которых почти половина (3,8%) приходится на долю затянувшейся латентной фазы родов. Гипертензивные нарушения имели место в 6,7% случаев. Дистресс плода диагностирован в 2,7%, хориоамнионит зафиксирован в 2,6% случаев. На долю других осложнений, таких как обструктивные роды, частичная отслойка нормально расположенной плаценты, дистоция плечиков, асинклитизм, выпадение пуповины и т.д. приходилось 5,8%.

Операция вакуум-экстракции плода была проведена 9 (1,3%) родильницам, основным показанием к ней явился дистресс плода. Частота травм родовых путей составила 26,4%, в структуре которых преобладали разрывы промежности I степени (11,3%) и разрывы слизистой задней стенки влагалища (9,7%). Послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением, послеродовым эндометритом и лактостазом у 9 (1,3%) родильниц.

Выводы. Таким образом, проведенное нами исследование показало, что наиболее частыми осложнениями беременности и родов женщин с ДРПО являются угроза прерывания, затянувшиеся роды, гипертензивные нарушения и хориоамнионит. Также у этого контингента пациенток отмечен высокий процент травм родовых путей.

Список литературы

1. Айламазяна Э.К., Кулакова В.И. – Акушерство. – М.: ГЕОТАР-Медиа 2009, 1200 с.
2. Албутова М. Л. особенности ведения беременности и родов у женщин с преждевременным излитием околоплодных вод / М.Л. Албутова, Казамбаева Л.В. // Мать и дитя: материалы VIII Всероссийского форума. – Москва. – 2016. – С. 15-16.
3. Таджибаева М.С. Ведение беременности и родов при дородовом излитии околоплодных вод / М.С. Таджибаева // Вестник ЮКГФА. – 2012. – № 4 (61). – С. 161-164.
4. Ядгарова К.Т., Любич А.С. – Актуальные вопросы перинатологии и неонатологии. – Перинатология и педиатрия, 2011, №3, с.28-33.
5. Carroll S., Knowles S. Clinical practice guideline: preterm prelabour rupture of the membranes // Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of Strategy and Clinical Care, Health Service Executive. - 2013. - Version 1.0. Guideline № 24:19.

БЕЗОПАСНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИЗОПРОСТОЛА ДЛЯ ИНДУКЦИИ РОДОВ ПРИ ДОРОДОВОМ РАЗРЫВЕ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК

Каримова У.А., Рачабзода Н.Ф., Абдуллаева Р.А., Узакова У.Д.

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Проблема индукции родов при дородовом разрыве плодных оболочек (ДРПО) является актуальной проблемой современного акушерства, что связано с распространённостью данной патологии. Несмотря на многочисленные исследования до настоящего времени не решена проблема безопасного ведения родов при данной патологии [2,6].

Широкое внедрение безопасных методов искусственного аборта, связанных с использованием аналогов простагландина E₁, явилось предпосылкой для использования мизопростола для индукции родов при переносимой беременности, мёртвом плоде, ДРПО [4].

Мизопростол – это синтетический аналог простагландина E₁, который выпускают с целью профилактики и лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, обусловленных применением нестероидных противовоспалительных средств. Он включен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в список основных лекарственных средств для лечения язвенной болезни желудка, искусственного аборта, индукции родов, лечения гипотонического кровотечения [3].

В двух обзорах Cochrane указано, что вагинальное использование мизопростола эффективно для ускорения созревания шейки матки и индукции родов [2,5]. Вместе с тем, там же высказана озабоченность возможным развитием гиперстимуляции матки при интравагинальном введении мизопростола. Согласно представленному материалу мизопростол является более эффективным, чем динопростон или окситоцин. В то же время указано, что необходимы дальнейшие исследования для определения идеального пути, дозы и частоты введения мизопростола для ускорения шейки матки [5,6].

Учитывая вышеизложенное, является актуальным поиск оптимального пути и дозы мизопростола для индукции родов.

Цель исследования: определение оптимальных технологий для индукции родов при ДРПО.

Материал и методы исследования. В соответствии с поставленной целью проведен анализ исхода родов 30 женщин, беременность у которых осложнилась ДРПО, госпитализированных в городской родильный дом №1 г. Душанбе за период 2018 – 2019 гг. В зависимости от метода индукции они были разделены на 2 группы

Первую группу составили 15 беременных женщин, которым с целью индукции родов использовали оральное введение 25 мкг мизопростола с интервалом 2 часа. Для этого 1 таблетку мизопростола, доза которого составляет 200 мкг, растворяли в 200 мл обычной воды, и 25 мкг соответствовали 25 мл раствора. Вторую группу составили 15 беременных с ДРПО, которым с целью индукции родов использовали окситоцин соответственно национальным стандартам [1].

Все беременные подвергнуты общеклиническому обследованию по стандартной схеме при ДРПО, предусматривающей тщательное изучение анамнеза, объективное акушерское исследование, клинический анализ крови, бактериоскопическое и бактериологическое исследование влагалищного отделяемого. [1].

Результаты исследования и их обсуждение. В результате анализа полученных данных обращает на себя внимание высокая заболеваемость органов репродуктивной и соматической системы, установленная в 81,9% случаев, при этом у каждой из них имели место от одного до 6 нозологических единиц. Всего диагностировано 121 заболевание т.е. 4,03 на 1 беременную

Средний возраст первой группы составил $23,2 \pm 1,1$ лет, второй $-24,8 \pm 1,6$ лет.

Социальный статус каждой группы был одинаковым: домохозяйки составили 80% в первой и 86,6% - во второй группе, служащие – 20% и 13,4% соответственно.

Паритет обследованных отличался: первородящих в первой группе оказалось 80%, во второй – 53,3%, повторнородящих – 20% и 46,7% соответственно. В каждом пятом случае в каждой группе беременные указали на прерывание беременности в ранние сроки.

Течение данной беременности осложнилось рвотой беременных у 80% в первой и 86,6% во второй группе, частота гипертензивных осложнений составила 6,7% и 13,4% соответственно.

Каждой беременной до родовозбуждения проводили оценку состояния шейки матки по шкале Бишопа, которая в первой группе составила $5,9 \pm 0,2$ балла, во второй – $5,7 \pm 0,2$ балла.

В каждой группе роды закончились операцией кесарева сечения в 6,7% случаев. Показанием явилось отсутствие эффекта от родовозбуждения.

Начало родовой деятельности после индукции мизопростолом при вагинальном ведении родов зарегистрированы через $9,0 \pm 1,1$ часа, при использовании окситоцина – через $6,7 \pm 2,1$ часа.

Первый период родов при использовании мизопростола продолжался в первой группе $9,5 \pm 1,2$ часа, второй период – $23,1 \pm 1,2$ минут, во второй – $9,8 \pm 1,8$ часа и $22,1 \pm 5,8$ минут соответственно.

Последовый период, который в каждой группе проводился активно, составил $2,2 \pm 0,5$ минут и $2,0 \pm 0,5$ в первой и второй группе соответственно.

Масса новорождённых в первой группе составила $3050,1 \pm 136,7$ грамма, во второй – $3150,4 \pm 123,1$ грамм. Оценка состояния новорожденного в обеих группах не отличалась и составила $7,9 \pm 0,1$ и $7,8 \pm 0,1$ балла. Случаев перинатальной смертности не было.

При оральном использовании мизопростола не выявлено случаев лихорадки, диареи, тошноты или рвоты. Случаев гиперстимуляции в обеих группах не выявлено.

Выводы: Использование мизопростола в дозе 25 мкг орально с интервалом в 2 часа является эффективным и безопасным способом индукции родов при ДРПО. Использование простагландина E1 в указанной дозе не оказывало неблагоприятного влияния на состояние матери.

Список литературы

1. Национальные стандарты по ведению родов высокого риска: Индукция родов / У.Д. Узакова [и др.]. - Душанбе, 2012. – С.96-97.
2. Dodd, J.M. Oral misoprostol for induction of labour at term: randomised controlled trial / J.M. Dodd, C.A. Crowther, J.S. Robinson. // BMJ. – 2006. - №332. – P.509-511.
3. Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: a randomised controlled trial / R.J. Derman [et al.] // Lancet. – 2006. - N368. – P. 1248–53.
4. Titrated oral misoprostol solution for induction of labour: a multi-centre, randomised trial / G.J. Hofmeyr [et al.] // Br J Obstet Gynaecol. – 2001. - N108. – P.952–959.
5. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour / A.M. Gülmezoglu [et al.] // Lancet. – 2001. - N358. – P.689–695.
6. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Titrated Oral Compared With Vaginal Misoprostol for Labor Induction. Obstetricians and Gynaecologists. – 2008. - N111. – P.119-125.

НАРУШЕНИЯ РЕГУЛЯЦИИ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ОБМЕНА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Куватов Ш.К., Ахмедов Д.А., Шамсзода Х.А.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Активация всех звеньев регуляции водно-электролитного обмена при черепно-мозговых травмах (ЧМТ) происходит из-за гиповолемии [1,2,3]. Кроме того, при ЧМТ включаются и специфические для поражений мозга механизмы нарушения регуляции. Они запускаются вследствие повреждения диэнцефальных областей мозга и нарушения связей гипоталамуса с гипофизом вследствие прямой травмы, дислокации мозга или сосудистых расстройств [2,3,4]. Результатом активности данных специфических механизмов являются характерные для церебральной патологии изменения выработки антидиуретического гормона (АДГ), тропных гормонов передней доли гипофиза (например, аденокортикотропного гормона, влияющего на уровень альдостерона) [5,6].

Гипертонические растворы, оптимизированная гипервентиляция, гипотермия, используемые для купирования внутричерепной гипертензии, - это вынужденные ятрогенные меры, усугубляющие водно-электролитные нарушения. Применение салуретиков при ЧМТ чаще всего представляет собой пример использования препаратов по ошибочным показаниям, что вызывает грубые нарушения водно-электролитного баланса [1,3,4].

Цель исследования. Изучить расстройства водно-электролитного обмена у больных с черепно-мозговой травмой и пути их коррекции.

Материал и методы исследования. Нами в отделении реанимации ГУ НМЦ РТ обследовано 76 больных с черепно-мозговой травмой.

С целью изучения нарушения регуляции водно-электролитного обмена исследовали следующие параметры: содержание калия и натрия в плазме ($K_{пл}$, $Na_{пл}$), осмолярности плазмы и мочи (мосм/л), газов крови (PO_2 и PCO_2), среднее артериальное давление (САД), частоту сердечных сокращений (ЧСС).

В зависимости от нарушения электролитного обмена ($K_{пл}$, $Na_{пл}$) все больные разделены на две группы.

I группа (n-50) больных, которые поступали с низким содержанием натрия в плазме, гипокалиемией, снижением осмолярности плазмы и мочи, САД ($76,0 \pm 8,0$ мм.рт.ст.), брадикардией (ЧСС – $68,0 \pm 3,0$ уд. в мин), гипоксией (PO_2 – $81,0 \pm 4,0$ мм.рт.ст.) и гиперкапнией (PCO_2 – $51,0 \pm 5,0$ мм.рт.ст.).

II группа (n-26) больных, у которых наблюдались гипернатриемия ($143,0 \pm 11,0$ ммоль/л), гипокалиемия ($3,6 \pm 0,5$ ммоль/л), повышение осмолярности плазмы ($320,0 \pm 8,0$ мосм/л) и мочи ($600,0 \pm 16,0$ мосм/л), САД ($84,0 \pm 8,0$ мм.рт.ст.), незначительная тахикардия ($90,0 \pm 7,0$ уд. в мин), гипоксемия ($84,0 \pm 6,0$ мм.рт.ст.) и незначительная гиперкапния ($47,0 \pm 4,0$ мм.рт.ст.).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования нарушения регуляции водно-электролитного обмена показали, что гипонатриемия у больных с черепно-мозговой травмой, которая, наблюдалась у больных I группы (n-50), является итогом бесконтрольного назначения растворов глюкозы и раствором с низким содержанием натрия и диуретиков на этапе эвакуации. У этих больных кроме снижения натрия в плазме наблюдалось снижение калия в плазме ($3,6 \pm 0,2$ ммоль/л), осмолярность плазмы ($270,0 \pm 5,0$ мосм/л), увеличение выделений натрия с мочой, гипоксемия (PO_2 – $81,0 \pm 4,0$ мм.рт.ст.), гиперкапния (PCO_2 – $51,0 \pm 3,0$ мм.рт.ст.), брадикардия (ЧД – 14 в мин).

У больных II группы (n-26), у которых при поступлении наблюдалась гипернатриемия ($Na_{пл}$ – $143,0 \pm 11,0$ ммоль), повышение осмолярности плазмы ($320,0 \pm 8,0$ мосм/л), тахипноэ (ЧД – $24,0 \pm 2,0$ в мин), осмолярности плазмы (выше 600 мосм/л), гипоксемия ($84,0 \pm 6,0$ мм.рт.ст.), полиурия (моча более 100 мл/час), гиповолемия, при избыточном назначении минералокортикоидов, дегидратации (бесконтрольное назначение осмодиуретиков и салуретиков).

Таким образом, если больные I группы с гипонатриемией нуждаются в ведении 3% раствора хлорида и регидратации $15-20$ мл/кг натрийсодержащих жидкостей, то больные II группы нуждаются в ограничении применения глюкозосодержащих растворов, бикарбоната натрия, экзогенное введение кортикостероидов и бесконтрольное применение салуретиков.

Выводы. Анализ больных с нарушением регуляции водно-электролитного обмена и разделение их на две группы показали, что при гипонатриемии наблюдается гипоосмолярность плазмы, в следствие применением растворов глюкозы и минералокортикоидов, а у больных с гипернатриемией кроме повышения осмолярности плазмы наблюдаются дегидратация и гиповолемия. Целенаправленная коррекция нарушений водно-электролитного обмена приводит к улучшению состояния больных.

Список литературы

1. Власенко, А.В. Острое паренхиматозное поражение легких у больных с черепно-мозговой травмой, после гемотрансфузии и аспирационного синдрома (обзор литературы) / А.В. Власенко // Новости науки и техн. Сер. Мед. Вып. Реаниматология. интенсивная терапия. Анестезиология. /ВИНИТИ. – 2013. - №2. – С. 3-12.
2. Рекомендации по интенсивной терапии у пациентов с нейрохирургической патологией. (Пособие для врачей) // Под ред. И.А. Савина, М.С. Фокина, А.Ю. Лубнина. - М изд.третье, 2014. – С.42-46.
3. Могила, В.В. Интенсивная терапия легочных осложнений у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой / В.В. Могила, П.В. Мельниченко // Вест. морского врача. – Севастополь, 2015. – С. 107 – 108.
4. Фисун, А.М. Применение мексидола в нейрореанимации / А.М. Фисун Т.Н. Куликова //Тез. докл. II съезда Ассоциации анестезиол. – реанимат. ЦФО. – М., 2009. - 100с.
5. Царенко, С.В. Нейрореаниматология / С.В. Царенко // Интенсивная терапия черепно-мозговой травмы. - М.:Мед-на, 2006. - 349с.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДКОЛЕННОЙ АРТЕРИИ

Курбанов Н.Р., Камолов А.Н., Зугуров А.Х., Курбанов С.П.

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

Актуальность. Несмотря на большие успехи, достигнутые при лечении травматических повреждений магистральных артерий оперативное лечение травматических повреждений подколенной артерии не всегда обеспечивает желаемого результата. Особенностью последних является то, что за короткое время наступает декомпенсация кровообращения из-за его гемодинамической значимости, и у большинства пострадавших до поступления в специализированные учреждения развиваются необратимые изменения в тканях, вплоть до гангрены. Этим, вероятно, и обусловлен высокий процент неудовлетворительных результатов лечения. Смертность от этих травм достигает, по литературным данным, от 1 до 8,5% [1-4]. Особо тяжело протекают огнестрельные травмы подколенной артерии. При этом обычно имеют место массивные сочетанные повреждения костей и мышц с разрушением коллатеральных сосудов, что больше отягощает течение ишемии [1,4].

Цель исследования. Изучение особенностей ишемии конечности в зависимости от характера, давности травмы и ближайших послеоперационных результатов при повреждениях подколенной артерии.

Материал и методы исследования. В основу настоящего исследования положен анализ 37 больных с повреждениями подколенной артерии, находившихся на лечении в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой хирургии. Из 37 пострадавших мужчин было 32, женщин - 5. Возраст больных колебался от 7 до 73 лет, в среднем составил 26,5 лет. Среди этиологических факторов преобладали огнестрельно-пулевые ранения - 19 (51,3%) больных. У 17 больных была выявлена сопутствующая травма подколенной вены, у 5 - нервных стволов и у 15 - перелом костей. У большинства пострадавших с огнестрельными ранениями имели место сочетанные повреждение костей, мышц и подколенной вены. Из общего числа пострадавших 6 были первично доставлены в специализированную клинику, остальные 31 из других лечебных учреждений.

По характеру повреждения подколенной артерии больные распределились следующим образом (таблица № 1).

Таблица 1.

Характер повреждения подколенной артерии		
Характер повреждения	количество больных	в %
полное пересечение	17	46
боковое повреждение	9	24,3
контузия сосуда с тромбозом	10	27
сдавление гематомой без тромбоза	1	2,7
Всего	37	100

Полное пересечение сосуда наблюдалось при тяжелых травмах и нередко при резаных ранениях. Для тупых травм сосуда характерным был продолженный тромб с выключением множества коллатеральных сосудов. Из 19 больных с огнестрельными ранениями у 16 имелось сквозное ранение. Тяжелая степень ишемии конечности имела место при полном пересечении и при тромбозах подколенной артерии с выключением из кровотока всевозможных коллатеральных сосудов [5].

При повреждениях подколенной артерии важное значение имели сроки ишемии, от которых в основном и зависели исходы лечения. До 6 часов от момента травмы поступили 19 (51,4%) больных, от 6 до 24 часов - 6, свыше 1 суток - 12, которые в основном поступили из дальних районов. Отмечалась прямая связь между сроками и тяжестью ишемии, которая приведена в таблице 2. В оценке тяжести ишемии использовали классификацию острой ишемии конечностей по В.С. Савельеву (1987г.).

Таблица 2

Давность травмы	Степень ишемии				
	IA,Б	IIA,Б	IIIA	IIIB	IIIV
до 1 часа		2	5		
до 3 часов	1	1	8		
до 6 часов			1	1	
до 9 часов			2		
до 12 часов					
до 24 часов		1	2	1	
свыше 1 суток	1	4	3		4
Всего n = 37	2	8	21	2	4
% = 100	5,4	21,6	56,8	5,4	10,8

Для топической диагностики повреждения, изучения коллатерального кровообращения и оценки тяжести ишемии использовались ультразвуковая доплерография, ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов, интраоперационная электродиагностика, ангиография. Однако в экстренных ситуациях из-за тяжести состояния пострадавшего, отсутствия времени и условий, возможности применения этих методов резко ограничены. Поэтому в силу объективных обстоятельств дополнительные методы исследования использовались у ограниченного контингента больных, диагностика у которых основывалась на клинических данных [1].

При повреждениях подколенной артерии в большинстве (73%) случаев отмечалась декомпенсация кровообращения с развитием критической ишемии, что подчеркивает гемодинамическую ответственность этого сегмента в кровообращении конечности. Относительная компенсация может наступить только лишь при боковых повреждениях сосуда, и то в том случае, когда сохраняется проходимость последнего.

Результаты исследования и их обсуждение. Из всех 37 больных с повреждением подколенной артерии первичная ампутация по показаниям была выполнена 7 больным по поводу влажной гангрены-4, нецелесообразности реваскуляризации-3, реконструкции сосуда (аутоинозное протезирование) - 18, циркулярного шва - 5, бокового шва - 2); 27 пациентам проведены другие виды паллиативной операции (фасциотомия мышц голени и декомпрессия сосуда); для улучшения кровообращения - 2 и лигатуры сосуда - 1 больному. Из всех 37 больных в 27 (73%) случаях осуществлена реваскуляризация нижней конечности.

Основным видом реконструкции являлось аутоинозное протезирование подколенной артерии (48,7%). Вид реконструкции в основном зависел от характера повреждения сосуда. Так, из 19 больных с огнестрельными ранениями, при которых имела место обширная травма с большим дефектом сосуда, 15 больным произведена реконструкция сосуда. Десяти больным из них было выполнено аутоинозное протезирование, четверым - циркулярный шов и в 1 случае - безуспешная тромбэктомия из подколенной артерии, боковой шов на подколенную вену, фасциотомия. Восстановление подколенной артерии при ишемическом отеке мышц голени дополнялось фасциотомией всех мышечных групп голени. А при нежизнеспособности отдельных мышечных групп, кроме восстановления сосуда и фасциотомии, производилось селективное их иссечение - мышечная элементаризация (2 больных), причем чаще иссекались переднелатеральная и глубокие слои задней группы мышц голени. Данный способ в некоторых случаях является альтернативой ампутации нижней конечности.

Из 30 больных, которым первично была сохранена конечность, хорошие результаты достигнуты у 21 (70%) больного, удовлетворительные - у 2 (6,7%), неудовлетворительные, т.е., вторичная ампутация - у 5 (16,7%) и летальность - у 2 (6,7%) больных. Основными причинами неудовлетворительных результатов являлись: позднее восстановление кровотока, в ряде случаев поздняя диагностика тромбоза восстановленного сосуда и неадекватная коррекция реперфузионного синдрома [1,4]. Причиной летальных исходов был некоррегированный реперфузионный синдром и тяжелая, несовместимая с жизнью травма. При изучении послеоперационных результатов учитывались только гемодинамический эффект, состояние кровообращения оперированной конечности, проходимость состояния шунтов и восстановленной артерии.

В заключении настоящего исследования следует отметить, что тяжесть ишемии нижних конечностей зависит от характера и давности травмы подколенной артерии, а анализ ближайших послеоперационных результатов при острой ишемии показал высокую эффективность примененных реконструктивных методов операций.

Список литературы

1. Popliteal vessel injuries: complex anatomy, difficult problems and surgical challenges / J.D. Sciarretta [et al.] // Eur J Trauma Emerg Surg. – 2012. - N38(4). – P.373–391.
2. Evaluation and management of penetrating lower extremity arterial trauma: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline / N. Fox [et al.] // J Trauma Acute Care Surg. – 2012. - N73(5 Suppl 4). - S315–S320.
3. Kauvar, D. National trauma databank analysis of mortality and limb loss in isolated lower extremity vascular trauma / D. Kauvar, M. Sarfati, L. Kraiss. // J Vasc Surg. – 2011. - N53(6). – P.1598–1603.
4. Management of traumatic popliteal vascular injuries in level I trauma center: a 6-year experience / J.D. Sciarretta [et al.] // Int J Surg. – 2015. - N18. – P.136–141.
5. Teixeira, PGR. Surgical management of vascular trauma / PGR Teixeira, J. DuBose // Surg Clin North Am. – 2017. - N97(5). – P.1133–1155.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СТАБИЛЬНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Курбанов С.Х., Абдуллоев М.С., Мавлонов Ч.Б., Аскарлов А.Т.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Как показывают клинические исследования, проблема лечения переломов длинных костей ещё далека от окончательного решения. Актуальность лечения переломов длинных костей обусловлена частотой данных повреждений, достигающих до 40% травм опорно-двигательного аппарата [1]. По данным различных авторов, осложнение после переломов длинных костей скелета достигает до 30-35% [3, 4].

Неправильный выбор лечебной тактики практически неизбежно ведёт к развитию ложных суставов, дефектов костной тканей, возникновению гнойно-инфекционных осложнений, что обуславливает необходимость оптимизации тактики оперативного лечения, особенно у пациентов с множественной и сочетанной травмой. Проблема лечения ложных суставов, неправильно срастающихся переломов длинных костей не только не утратила своей актуальности, но и приобрела важное медико-биологическое и социальное значение [Курбанов С.Х 2012]. Широкое внедрение в практику современных методов остеосинтеза с применением различных конструкций (как внутренней, так и внешней фиксации) увеличили возможности травматологов при лечении больных с множественными, сочетанными переломами длинных костей скелета.

По данным различных авторов, у 96 % больных как с закрытыми, так и с открытыми переломами встречаются погрешности при обследовании, транспортировке и лечении. В результате допущенных ошибок в диагностике и лечении переломов длинных костей регистрируются различные осложнения.

При остеосинтезе закрытых переломов длинных костей в 12-17% случаев зарегистрированы различные ошибки и осложнения [Scannell В.Р., 2010]. Заслуживает внимания анализ результатов лечения больных с переломами длинных костей нижних конечностей в зависимости от вида остеосинтеза [Урунбаев Д.У., и др., 2015; Курбанов С.Х. и др., 2015].

Наиболее распространенным методом лечения переломов длинных костей нижних конечностей является стабильно - функциональный остеосинтез по АО (внутрикостный и на костный) [1].

Основными принципами стабильно - функционального остеосинтеза являются: анатомическая репозиция, стабильная фиксация костных отломков, ранние активные движения в суставах оперированной конечности, что расширяет возможности раннего функционального лечения и реабилитации [2,5].

В последнее десятилетие возникло новое направление совершенствования остеосинтеза, обозначенное как биологический или минимально инвазивный остеосинтез, целью которого является избежание вышеуказанных осложнений [3,5].

Целью работы является изучение результатов, выявление ошибок и осложнений при лечении переломов длинных костей нижних конечностей методом стабильно – функционального остеосинтеза.

Материал и методы. За период 2016–2018 гг. под нашим наблюдением находились 96 больных с переломами длинных костей нижних конечностей. Всем больным было произведено стабильно – функциональный остеосинтез.

Возраст больных колебался от 18 до 56 лет, из них 52(54,1%) в возрасте 18–37 лет, 44(45,9%) – 37 – 56 лет. Множественные переломы имели место у 13(13,5%) больных, причем переломы двух сегментов зарегистрированы у 10 больных, трех сегментов – 3 больных, у 83 (86,5%) больных был перелом одного сегмента.

Больные были госпитализированы в отделение сочетанной травмы и неотложной хирургии НМЦ РТ в первый день получения травмы – 87 (90,6%), а 9 (9,4%) – со второго по седьмой день после получения травмы. У 46 (47,9%) больных были переломы бедренной кости, у 50 (52,1%) – переломы большеберцовой кости. В 11 (11,4%) случаях встречались многооскольчатые переломы, в 23 (23,9%) – косые и спиральные, в 62 (64,5%) – поперечные переломы. У 41 (42,7%) больного перелом располагался в средней трети диафизов, 24 (25%) – в нижней трети, 31 (32,2%) – в верхней трети.

У всех больных был произведен на костный остеосинтез пластиной. Операции остеосинтеза проводились в первые 5-7 дней после получения травмы 68 (70,8%) больным, в течение 14-16 дней – у 20(20,8%), у остальных 8 (8,3%) – в более поздние сроки. По нашему мнению, наиболее оптимальные сроки проведения операции – 5–7-е сутки с момента получения травмы, когда начинает уменьшаться отек и восстанавливается трофика поврежденной конечности. В предоперационном периоде все больные подверглись клинико- лабораторному исследованию в обязательном порядке, на поврежденную конечность накладывалось скелетное вытяжение с целью иммобилизации. Мы считаем обязательным также назначение с первого дня ЛФК и дыхательной гимнастики. Большинство больных оперировались под спинномозговым обезболиванием. В предоперационном периоде все больные получили курс профилактики жировой эмболии, тромбоэмболии и антибиотикотерапии.

Выбор фиксатора определялся в зависимости от характера и уровня перелома. Должен отметить, что, по нашему мнению, при диафизарных переломах костей нижних конечностей более целесообразным является пластинка с ограниченным контактом.

Результаты и обсуждение. Непосредственные результаты лечения изучены во всех случаях. Из 96 больных, которым был произведен стабильно - функциональный остеосинтез, у 87 (90,6%) операционная рана зажила первичным натяжением, а у 9 (9,4%) больных возникло воспаление операционной раны. Из всех случаев воспаления у 5 больных воспалительный процесс купировался без серьезных осложнений, в остальных – рана нагноилась. Из 4 случаев нагноения раны 3 были с переломами бедра, 1 – с переломами голени. Из всех случаев нагноения раны у 2 больных в ходе лечения рана закрылась, а в 2 случаях образовался свищ у этих больных развился остеомиелит, по поводу чего они были повторно оперированы и получили соответствующее лечение.

Контрольное обследование больных проводилось через 2–4 и 10–12 месяцев после операции. На первое контрольное обследование явились все больные из 96 оперированных на костным остеосинтезом, во время первого контрольного обследования рентгенологически отмечались признаки консолидации, а у 8 (8,3%) – отсутствовали. Во время первого контрольного обследования у 2 больных были действующие свищи с гнойным выделением. Из общего числа явившихся на первый контроль больных у 2 (2,8%) обнаружился переломы и деформации конструкции. На второе контрольное обследование явились 82% оперированных больных, остальные обращались в более поздние сроки. У 79 (82,2%) больных, оперированных на костным остеосинтезом, во время второго контрольного обследования рентгенологически отмечались признаки консолидации, а у 17 (17,7%) – костная мозоль отсутствовала. Из 2 больных, у которых во время первого контрольного обследования были гнойные свищи, рентгенологически определялся остеомиелитический процесс.

Отдаленные результаты лечения изучены у 96 больных с переломами диафизов длинных костей нижних конечностей, оперированных стабильно-функциональным остеосинтезом. Оценку результатов лечения проводили по восстановлению анатомической и функциональной целостности конечности. Хорошие результаты зарегистрированы у 64 (66,6%), удовлетворительные – 15 (15,6%), плохие – 17 (17,7%).

Из общего числа наблюдаемых больных осложнения были выявлены в 17 (17,7%), случаях: остеомиелит 2 (11,9%) случая, ложный сустав 9 (52,9%) случаев и неправильно сросшихся перелом в 6 (35,6%) случаях.

Вышеуказанные осложнения были связаны как с ошибками, допущенными во время операции, так и с основными принципами стабильно - функционального остеосинтеза (жесткая фиксация, большие операционные доступы, скелетизация костной ткани, не достаточный гемостаз во время операции, использование не предназначенной для данного сегмента пластинки и т.д.).

Выводы. Применение стабильно-функционального остеосинтеза при переломах длинных костей конечностей способствует полному восстановлению анатомической и функциональной целостности конечности.

Стабильная фиксация костных отломков позволяет ранние активные движения в суставах оперированной конечности и расширяет возможности раннего функционального лечения и реабилитации больных.

Анализ результатов лечения показывает, что предоперационное планирование и подготовка пострадавших к остеосинтезу и соблюдение техники операции, позволяют получить хорошие результаты у более 83% больных.

Список литературы

1. Анаркулов, Б.С. Анатомический остеосинтез переломов длинных трубчатых костей / Б.С. Анаркулов // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2010. - № - С. 12-15.
2. Гордеев, Г.Г. Применение гидроксиапатит содержащего материала при остеосинтезе оскольчатых переломов бедренной кости / Г.Г. Гордеев, Д.И. Желтиков, А.Х. Гажев // Хирургия им. Н.И.Пирогова. –2012.-№1.-С. 10-14.
3. Литвина, Е.А. Современное хирургическое лечение множественных и сочетанных переломов костей конечностей и таза: дисс. ... док.мед. наук / Е.А. Литвина. - М., 2010. - 464 с.
4. Малоинвазивный внутренний остеосинтез при переломах большеберцовой кости / Е.Ш. Ломтатидзе [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2009. - №2. - С.10-14
5. Происхождение остеосинтеза. Наружные фиксаторы / С.В. Сергеев [и др.] // Остеосинтез. - М., 2009. - С. 9-22.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СРЕДИННЫХ КИСТ ШЕИ

Курбанов У.А., Джанобилова С.М., Холов Ш.И., Муродов Д.К.

Кафедра хирургических дисциплин Хатлонского государственного медицинского университета (ХГМУ). Дангара. Таджикистан.

Кафедра хирургических болезней №2, ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Срединная киста шеи (СКШ)-это эмбриональная дисплазия, являющаяся результатом нарушения обратного развития щитовидно-язычного протока (ductusthyreoglossus). Срединный зачаток щитовидной железы, расположенный в подъязычной области, спускается затем на шею, проходя через подъязычную кость. По пути опускания зачатка остаётся эмбриональный ход, который в норме облитерируется к концу внутриутробного периода развития плода. При отсутствии облитерации возникают полости-срединные кисты шеи. Кисты могут располагаться на любом уровне не полностью облитерированного щитовидно-язычного протока. Размеры кисты могут периодически изменяться, если сохранено сообщение с полостью рта через остаток протока. В этих условиях возможно инфицирование кисты с образованием абсцесса и последующим образованием свища [1,2,3,4].

По данным доступной нам литературы, срединные кисты шеи и свищи составляют 13-16% от всех доброкачественных образований мягких тканей челюстно-лицевой области [2,3]. Клинически СКШ проявляются в виде небольших округлых образований на шее, в области подъязычной кости, смещаемых при акте глотания, имеют гладкую поверхность, упруго-эластичную консистенцию. Характерным признаком для срединных кист и свищей является тесная взаимосвязь их с подъязычной костью. Для уточнения диагноза необходимо проведение УЗИ и компьютерной томографии, а при наличии свища - фистулографии.

Цель исследования. Изучение особенностей диагностики и результатов хирургического лечения срединных кист шеи.

Материал и методы исследования. В отделениях реконструктивно-пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии города Душанбе с 2003 по 2018 г. и Республиканской клинической больницы Дангаринского района с 2016 по 2018 г., нами были обследованы и прооперированы 27 пациентов с диагнозом срединная киста шеи. Мужчин было 17 (63%), женщин-10 (37%). Возраст больных колебался от 4-х лет до 41 года. Средний возраст – 18,1.

Диагноз СКШ выставляли на основании клинических проявлений (наличии объёмного - округлого образования по передней поверхности шеи, на проекции подъязычной кости, смещаемой при акте глотания), дополнительных методов исследования: УЗИ, компьютерная томография. Фистулография выполнялась в 7 случаях при наличии сформированного кожного свища. КТ исследования при СКШ нами производится всем пациентам в последние годы, начиная с 2015г. Дифференциальная диагностика проводилась с такими заболеваниями, как дермоидные кисты, миомы, лимфангиомы, гемангиомы, опухоли слюнных желёз.

Хирургическое лечение производилось всем 27 пациентам. Операции выполнялись под общим эндотрахеальным наркозом. Перед проведением поперечного разреза над проекцией образования в полость кисты пункционно вводили краситель. При наличии свища- через свищевое отверстие. Объём операции заключался в полном радикальном удалении кисты вместе с тканевым тяжем, интимно спаянным с телом подъязычной кости на всем её протяжении, и резекцией тела подъязычной кости. Все операции выполнялись с применением оптического увеличения, прецизионной техники, атравматического шовного материала и специального инструментария.

Результаты исследования и их обсуждение. Ранний послеоперационный период у всех больных был гладким. Раны заживали первичным натяжением. На 7-10 сутки после операции больные в удовлетворительном состоянии были выписаны на амбулаторное лечение. В отдалённом послеоперационном периоде в сроках от одного года до 14 лет под нашим наблюдением находился 21 пациент. Хорошие результаты отмечены у всех наблюдаемых пациентов. Рецидива заболевания не было отмечено ни в одном случае.

По нашим скромным данным и данным литературы, диагностика СКШ не представляется сложной. Хотя, иногда при увеличении размеров кисты, дальнейший её рост идёт в направлении боковой поверхности шеи, что

может имитировать наличие боковой кисты шеи (в нашем исследовании в 2-х случаях) или кисты подчелюстной железы.

В подобных ситуациях детальное и внимательное изучение компьютерно-томографической картины позволяет избежать диагностических ошибок.

Выводы. Для полноценной и достоверной диагностики СКШ необходимо проведение ультразвукового исследования, компьютерной томографии и фистулографии (при наличии наружного свища). Важным условием является проведение радикальной операции- полное иссечение кисты и рубцового тяжа (остаток облитерированного протока) на всем протяжении, зачастую с резекцией тела подъязычной кости. Использование прецизионной технологии и оптического увеличения позволяет адекватное выполнение необходимого объема операции.

Список литературы

1. Ластовка, А.С. Атипичное клиническое проявление срединных кист шеи / А.С. Ластовка, Т.В. Каханович // Современная стоматология. – 2014. – №. 1(58). – С. 64-66.
2. Ластовка, А.С. Клинико-морфологические особенности срединных кист и свищей шеи с подъязычной костью / А.С. Ластовка, В.В. Китиль, Т.В. Каханович // Медицинский журнал. – 2016. – №. 2. – С. 79-85.
3. Источники развития, клинико-морфологическая характеристика и принципы лечения срединных кист шеи / П.И. Ткаченко [и др.] // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2014. – №. 2(46). – С. 61-66.
4. Диагностика и лечение врожденных кист и свищей шеи / Н.В. Пилипюк [и др.] // Вісник стоматології. – 2011. – №. 2. – С. 44-50.

ХАТЛОНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ - ПЕРВЫЕ ШАГИ В ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Курбанов У.А., Ахмадов Ш.Р., Саидов И.З., Усмонова У.Х., Ахадов Ш.Ф.

Хатлонский государственный медицинский университет. Таджикистан

Решение о создании Хатлонского государственного медицинского университета, которое было своевременно предложено и принято по инициативе Основателя мира и национального единства – Лидера Нации, Президента Республики Таджикистан Его Превосходительства Эмомали Рахмона [1], следует считать благородным начинанием и рассудительной дальновидностью направленное на удовлетворение потребностей страны в развитии сферы здравоохранения, улучшения социальной защиты населения, подготовки и выпуска высококвалифицированных и конкурентоспособных медицинских кадров.

Актуальность. Лидер нации 20 января 2016 года в ходе своего послания Маджлиси Оли уделил особое внимание проблеме обеспечения кадрами сферы здравоохранения. Было отмечено, что текущее число выпускаемых специалистов единственного на тот момент медицинского университета не способно в полной мере удовлетворить растущие потребности страны в квалифицированных медицинских кадрах [1]. Особая озабоченность была вызвана нехваткой врачей в регионах, в частности в Хатлонской области, где наблюдался самый низкий показатель по стране - на каждые 10 тысяч граждан приходилось 11,3 медработника [1].

В связи, с чем Правительству, министерству здравоохранения и социальной защиты населения, министерству образования и науки и другим соответствующим ведомствам было поручено сформировать новый медицинский университет в Хатлонской области.

С учётом поставленных задач Правительство Республики Таджикистан в процессе специального заседания под №1 от 21.01.2016 года, обязало Министерства и соответствующие организации подготовить и представить проект медицинского университета в Хатлонской области [1].

В Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибни Сино под руководством ректора Убайдулло Курбона был организован штаб по подготовке проекта здания и структуры ХГМУ. Согласно поставленной задаче после всестороннего изучения отечественных и международных решений был разработан план проекта по строительству административного здания, учебных комплексов и инфраструктуры в целом, который был представлен Правительству Республики Таджикистан 11 февраля 2016 года. Предложенный проект был принят и одобрен комплексно, в результате было принято постановление Правительства РТ от 25 февраля 2016 года №79 «О создании Хатлонского государственного медицинского университета». Одновременно с этим было принято Постановление Правительства РТ от 25 февраля 2016 года под №80 «О назначении Убайдулло Курбона Ректором ХГМУ».

Деятельность ХГМУ фактически началась 4 марта 2016 года. В университете была организована временная администрация в составе 11 человек.

В результате своевременно реализованных мероприятий до начала учебного года (2016-2017) временная администрация университета смогла завершить целый ряд важнейших работ, в том числе организацию приёма абитуриентов и проведение вступительных экзаменов. В то же время в структуре университета были организованы 3 факультета: «Медицинский», «Педиатрический» и «Стоматологический».

В ходе приёмной комиссии было принято 1633 абитуриентов, 350 из которых после успешной сдачи вступительных экзаменов были зачислены на первый курс университета. Из общего числа поступивших студентов большинство были из Хатлонской области - 58%, 19,6% из Согдийской области, из РРП– 11,3%, из города Душанбе – 10,5% и 0,6% из ГБАО.

Параллельно с набором студентов был объявлен конкурс на замещение вакантных должностей университета, в августе 2016 года на конкурсной основе был проведён отбор кандидатов в новообразованные кафедры и

структурные подразделения университета. Были образованы исполняющие и управляющие органы, администрация в составе 16 человек и Учёный совет в составе 24 человек.

Знаменательным событием в истории ХГМУ можно считать возложение камня основания и начало строительства административного и учебных корпусов университета 31 августа 2016 года в ходе рабочей поездки Лидера нации в Дангаринский район Хатлонской области.

5 ноября 2018 года при непосредственном участии Лидера нации были сданы в эксплуатацию два современных учебных корпуса ХГМУ, оснащённых необходимым учебным инвентарём и оборудованием. Новые учебные площадки способствовали укреплению материально технической базы университета, позволили расширить её структуру, на их базе были созданы новые учебные и административные подразделения.

Одним из факторов успешной деятельности ВУЗа считается обеспечение учебными материалами и регулярное пополнение фонда библиотеки. С момента своего основания университетом было приобретено 125 наименования высококачественных учебников в общем количестве более 7 тысяч экземпляров. Вдобавок к этому, при поддержке Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино на безвозмездной основе фонд библиотеки был наполнен 120 наименованием учебников общим количеством 14 тысяч экземпляров. На сегодняшний день библиотечный фонд университета состоит из более 24 тысяч печатных экземпляров учебных (90%) и художественных книг (10%). Также в библиотечном фонде для обучающихся доступны 43 тысячи наименований электронных книг и учебных материалов на русском, таджикском и английском языках.

Эффективное использование возможностей информационных технологий и их внедрение в образовательный процесс является приоритетным для руководства университета. В новом учебном корпусе ХГМУ дана в эксплуатацию электронная библиотека, рассчитанная на 64 места, где студентам и преподавателям доступны огромный массив дополнительной учебной литературы в купе с доступом в глобальную сеть Интернет.

Своевременно принятые меры руководством университета по обеспечению необходимых условий для учёбы и досуга студентов в ближайшей перспективе дали положительный эффект. Показатели посещаемости занятий ежедневно превышают 99%. Успеваемость студентов на сессиях дошла до 98%. Студенты ХГМУ принимают активное участие и являются призёрами большинства республиканских и областных образовательных олимпиад, спортивных состязаний и других отраслевых конкурсов. Воспитанники ХГМУ принимают активное участие и выступают с докладами в локальных и международных научно-практических конференциях.

Нужно отметить, что в 2019-2020 учебном году общее количество студентов ХГМУ составляет 1485 человек, количество преподавателей и сотрудников возросло до 187 человек, профессорско-преподавательский состав насчитывает 119 человек. Из общего числа студентов 36,5% обучаются на бюджетной основе и 63,5% обучаются на договорной основе.

В структуре университета функционируют 14 кафедр, в которых проводятся занятия на русском и таджикском языках по 42 предметным направлениям. Кадровый состав кафедр сформирован из квалифицированных, компетентных преподавателей, отобранных на конкурсной основе. Также ежегодно в рамках двусторонних соглашений с целью повышения педагогического мастерства молодых преподавателей и обмена опытом в университет для проведения выездных лекций приглашаются видные ученые, в том числе из Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. На сегодняшний день острепенность профессорско-преподавательского состава составляет 32% и этот показатель увеличивается из года в год.

Научная деятельность ХГМУ началась с 2017 года, и за это время сотрудниками университета было опубликовано более 270 научных работ, 3 монографий, 4 изобретения, 6 рационализаторских предложений, 8 учебников и свыше 40 методических пособий.

Для освещения учебной, научной и культурной деятельности университета были учреждены университетская газета «Пайки Шифо» и научно-практический журнал «Симург».

Воспитательная и образовательная работа в ХГМУ ведётся согласно «Национальной концепции воспитания в Республике Таджикистан». При университете на данный момент функционируют 15 научно-образовательных кружков.

С целью развития сферы туризма в стране в частности поддержки внутреннего туризма в апреле 2017 года в ХГМУ был организован «Туристический клуб». За это время для студентов и работников университета было организовано более 40 турпоходов в исторические, овеянные легендами и красотой места Хатлонской области. Составлены подробные локальные туристические маршруты.

С первых дней функционирования сотрудниками ХГМУ на базе Центральной районной больницы и Республиканской клинической больницы Дангаринского района оказывается лечебно-консультативная помощь населению. К сентябрю 2019 года сотрудниками университета на базе вышеназванных лечебных учреждений было оказано лечебно-консультативная помощь 20120 больным (7000 детей, более 13000 пациентов с внутренними, женскими и другими заболеваниями, проведено более 800 реконструктивно-пластических и более 300 других видов оперативных вмешательств).

Следует особо отметить, что усилиями сотрудников университета в условиях Республиканской клинической больницы Дангаринского района впервые было внедрено выполнение более 50 видов реконструктивных и восстановительных хирургических операций.

В результате планомерного развития и достижения, поставленных целей руководство ХГМУ за короткий отрезок времени смогло добиться признания не только в республике, но и далеко за её пределами. Уже в начале 2017 года руководством университета был подписан меморандум о двустороннем сотрудничестве с Циньзяньским медицинским университетом (Китай), ещё позднее с Международной медицинской школой (Кыргызстан), Государственным медицинским университетом Ал-Фороби (Казахстан), Самаркандским государственным медицинским университетом (Узбекистан), Павийским университетом (Италия) и Бухарским государственным медицин-

ским институтом (Узбекистан). Руководство университета не останавливается на достигнутых результатах и все-сторонне расширяет сотрудничество в сфере образования, науки и обмена опытом с зарубежными научно-образовательными центрами и международными организациями.

С целью улучшения качества образовательных программ, попечительства в научной деятельности, привлечения инвестиций и расширения академических связей сотрудники университета принимают участие в 5 проектах программы Европейского союза «Эразмус+».

Наряду со значимыми достижениями перед руководством ХГМУ стоит немало трудностей, которые важно решить.

Таким образом, нужно отметить, что руководство университета при поддержке Правительства РТ и содействию других вовлеченных госструктур в сегодняшних реалиях предоставляет все необходимые условия для плодотворного приобретения высокого уровня знаний с целью подготовки квалифицированных и конкурентоспособных медицинских кадров.

ХГМУ быстрыми темпами продолжает строиться и развиваться во всех отношениях, становясь авторитетным центром подготовки медицинских кадров.

Список литературы

1. Послание Президента Республики Таджикистан от 20 января 2016 г.
2. Инновационный менеджмент / А.Е. Абрамешин [и др.] // Учебник для вузов / Под редакцией д-ра экон. наук, проф. О.П. Молчановой. - М.: Вита-Пресс, 2004. - 272с.
3. Научно – медицинский журнал ХГМУ - «Симург». –2019. - №1. - С.6 -12.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СПОСОБА «BUTTERFLY» ПРИ УСТРАНЕНИИ ДЕРМАТОГЕННЫХ КОНТРАКТУР ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ШЕИ

Курбанов У.А., Саидов И.С., Давлатов А.А., Дждононов Дж.Д.

ГУ РНЦССХ МЗ и СЗН РТ,

Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Коррекция послеожоговых стягивающих рубцов шеи остаются одним из сложных проблем в реконструктивно-восстановительной хирургии последствий ожогов шеи. [1-3]. Для хирургической коррекции стягивающих рубцов шеи используются самые различные способы хирургических вмешательств, такие как Z-пластика, свободная кожная пластика, экспандерная дермотензии, свободная и несвободная микрохирургическая пересадка кожно-фасциальных лоскутов [4,5]. Несмотря на различные способы хирургической коррекции послеожоговых стягивающих рубцов шеи, их результаты не удовлетворяют как хирургов, так и пациентов. Хирургическое лечение стягивающих рубцов шеи представляют большие трудности, что обусловлено анатомическими особенностями данной области [4]. Известно, что у таких пациентов наряду с эстетическими дефектами имеются проблемы в функциональных и социальных аспектах [4,5].

Цель исследования. Показать эффективность способа «butterfly» при устранении послеожоговых дерматогенных контрактур передней поверхности шеи.

Материал и методы исследования. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии за последние 19 лет способом «butterfly» прооперированы 18 пациентов с послеожоговыми стягивающими рубцами передней поверхности шеи. Возраст больных колебался от 7 до 35 лет. Преимущественное большинство больных (13 случаев – 72,2%) составили лица мужского пола. Женщин всего было 5 (27,8%). Давность получения ожога составила от 1 года до 19 лет. Причиной получения ожога шеи в 9 случаях (50,0%) было пламя, в 5 (27,8%) случаях – раскалённое масло, в 2 (11,1%) случаях – кипяток и в 2 других случаях (11,1%) – раскалённая печь. Площадь рубцов шеи составила от 35 см² до 385 см².

Оперативное вмешательство во всех случаях выполняли по стандартной схеме «butterfly». Данная схема состоит из 4-х лоскутов: первый – основной, второй – пассивный и два боковых активных треугольных лоскутов. Основной лоскут схемы, по возможности, располагали на стороне от рубцового гребня, где ткани были более эластичными. Треугольные же лоскуты выкраивали со стороны рубцово-изменённой кожи. При этом пассивный треугольный лоскут маркировали с учётом допустимо максимальной резекции грубых рубцов.

Результаты исследования и их обсуждение. Ранний послеоперационный период в 15 (83,3%) случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, перемещённые кожно-фасциальные лоскуты прижились. В 3 (16,7%) случаях отмечалось осложнение в виде краевого некроза перемещённых треугольных лоскутов, что не оказывало серьёзное влияние на результаты оперативного вмешательства. Начиная со 2-3 недели после операции, начали активную и пассивную разработку движений на шее.

Отдалённые результаты в сроках от 6 месяцев до 18 лет изучены нами у всех оперированных больных. В 16 (88,9%) случаях достигнуто устранение линия стягивания тканей по ходу продольной оси шеи, значительное улучшение эстетического состояния тканей передней поверхности шеи и восстановление объёма движений в шее. В 2 (11,1%) случаях в отдалённом послеоперационном периоде по продольному краю основного лоскута отмечался умеренно выраженный стягивающий рубец, который корригирован под местной анестезией.

Выводы. Таким образом, для устранения стягивающих рубцов передней поверхности шеи применение способа «butterfly», по результатам нашего исследования, оказался достаточно эффективным способом, поскольку при этом кроме устранения линии стягивания, он также способствует резекции наиболее грубой части рубцов, что имеет большое значение не только в функциональном, но и в эстетическом отношении.

Список литературы

1. Каюмходжаев А.А. Выбор способа пластики постожоговой рубцовой деформации шеи / А.А. Каюмходжаев, Л.Б. Аълоханов // – Uzbekiston xirurgiyasi.–2014. – №4. – С. 36-39.
2. Жернов А.А. Лечение послеожоговой деформации и контрактуры шеи с использованием растянутых лоскутов с осевым типом кровоснабжением / А.А. Жернов, Ан.А. Жернов // Клінічна хірургія. – 2012. – № 3. – С. 47-51.
3. Балин В.Н. Комбинированное хирургическое лечение ожоговых контрактур / В.Н. Балин, И.В. Крайник, А.К. Чикорин, А.И. Крайник // Вестник национально медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова – 2009. Т – 4. – № 2. – С. 130-133.
4. Жернов А.А. Растянутый кожно-фасциальный надключичный лоскут с включением надключичной артерии при хирургическом лечении ожоговых контрактур шеи / А.А. Жернов, Р.Я. Трач, Ан.А. Жернов // Клінічна хірургія. – 2015. – № 2. – С. 84-91.
5. Бадюл П.А. Реконструкция рубцовых контрактур шеи перфорантными лоскутами / П.А. Бадюл, С.В. Слесаренко // Клінічна хірургія. – 2016. – № 1. – С. 74-80.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Курбанова Р.Т., Мирзоева С.М., Садиров В.З.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. Варусные деформации локтевого сустава у детей после чрез - и надмышцелковых переломов плечевой кости возникают, по данным различных авторов, в 20 – 50% случаев. Сложная анатомическая локализация перелома, технические трудности сопоставления и удержания отломков плечевой кости, неправильный выбор метода лечения приводят к развитию различных деформаций дистального конца плечевой кости у детей [1-4].

Цель исследования. Изучить результаты хирургического лечения посттравматической варусной деформации локтевого сустава у детей.

Материал и методы исследования. Нами были проанализированы истории болезней 75 детей, лечившихся в течение 5 лет (2015-2019 гг.), в отделении детской травматологии НМЦ РТ по поводу варусной деформации локтевого сустава, возникшей после чрез - и надмышцелковых переломов плечевой кости в возрасте от 4 до 12 лет. Мальчиков 51(68%), девочек 14 (18,6%). Давность травмы составляла от 7 месяцев до 2 лет. Наиболее часто посттравматическая деформация локтевого сустава встречалась у 29 (38,6%) детей в возрасте от 6 до 12 лет. В 28 (37,3%) случаях больные получали первичную стационарную помощь при переломе в условиях центральной районной больницы и в 7 (9,3%) случаях у местного знахаря. При поступлении больные жаловались на деформацию области локтевого сустава, нарушение его функции и наличие косметического дефекта.

Всем больным проведены клинико-рентгенологические исследования, функциональные методы обследования, по показаниям КТ. Функцию локтевого сустава оценивали по объему сгибания и разгибания, отсутствию или наличию заднелатеральной нестабильности сустава, наличия болевого синдрома. Косметическую деформацию оценивали по степени нарушения продольной оси конечности и физиологическому углу в локтевом суставе. У всех больных отмечалось ограничение сгибания до 30 - 40 градусов и переразгибание в локтевом суставе в пределах 7 – 8 градусов. У 8 (10,6%) детей отмечалась боль в локтевом суставе при физической нагрузке. При варусной деформации локтевого сустава у 29 (38,6%) детей наблюдалась стойкая ротация предплечья кнутри. На рентгенограммах у всех больных определялось нарушение контуров наружного и внутреннего мыщелков плечевой кости, венечная и локтевая ямки плохо определялись. По переднезадней проекции контуры плечевой кости и проксимальнее определялась периостальная костная мозоль. В боковой проекции рентгенограмм у 29 (38,6%) больных определялась внутренняя ротация периферического отломка. У 6 (8%) больных ни один из видов смещения не был устранен.

Всем больным под общим обезболиванием произведена была корригирующая клиновидная остеотомия дистального метафиза плечевой кости во фронтальной плоскости с целью устранения переднезадних и боковых деформаций. При доступе к плечевой кости трехглавую мышцу аккуратно отодвигали, не расслаивая ее волокна, что способствовало сохранению скользящего аппарата мышцы с целью улучшения дальнейшей разработки движений в локтевом суставе. Устранение рекурвации локтевого сустава производилось путем краевой остеотомии передних стенок кортикального слоя дистального конца плечевой кости в сагиттальной плоскости. После коррекции всех видов деформаций в двух плоскостях производился остеосинтез двумя перекрестно проведенными спицами Киршнера с последующим наложением гипсовой повязки на 3 недели. Послеоперационное течение было гладкое. Первичное заживление отмечалось в 96,4% случаев, вторичное заживление в 3,6%. После снятия гипсовой повязки больным проводилось реабилитационное лечение в виде разработки активных и пассивных движений в локтевом суставе в сочетании с физиотерапевтическими процедурами.

Результаты исследования и их обсуждение. Отдаленные результаты лечения изучены у 35(46,6%) оперированных детей в сроки от 6 месяцев до 3 лет. Оценка результатов лечения осуществлялась по традиционной системе («хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно») по схеме СОИ-1. В основу оценки взяты анатомические, рентгенологические данные и функциональные возможности сустава.

Хорошим результатом считали отсутствие боли, деформации, правильной оси оперированной конечности и полном сохранении функции в локтевом суставе. При удовлетворительном результате отмечалась незначительная боль в суставе при физической нагрузке, небольшая деформация конечности в пределах 4 - 10 градусов. Неудовлетворительный результат отмечен при наличии деформации в суставе более 20 градусов и ограничении движений в локтевом суставе в пределах 20 - 25 градусов.

Анализ показал, что у 26 (74,2%) детей отмечен хороший отдаленный результат, удовлетворительный - у 6 (17,1%), неудовлетворительный - у 3 больных (8,5%). Наши наблюдения показали, что оперативное лечение варус-

ной посттравматической деформации локтевого сустава методом корригирующей клиновидной остеотомии способствует исправлению оси конечности и улучшению функции сустава.

Выводы. 1. Объективная оценка результатов лечения детей с посттравматической варусной деформацией локтевого сустава позволяет заключить, что при выполнении оперативного метода лечения должны быть устранены все компоненты смещения, обуславливающие деформацию.

2. Разработанная методика оперативного лечения варусной деформации локтевого сустава у детей является оптимальной и дает хороший анатомо-функциональный и косметический результат.

Список литературы

1. Завьялов, П.В. Несвежие и застарелые переломы дистального отдела плечевой кости у детей / П.В. Завьялов, А.М. Шамсиев. - Медицина. 1978. - С.89-91.
2. Зоря, В.И. Повреждения локтевого сустава / В.И. Зоря, А.В. Бобовников. - Географ – Медиа, 2010.
3. Корнилов, Н.В. Руководство для врачей. Травматология и ортопедия / Н.В. Корнилов, Э.Г. Грязнухин. - Сп. «Гиппократ», 2004. - Т.2. - С.144-148.
4. Щекин, О.В. Профилактика варусных деформаций плечевой кости при лечении чрезмыщелковых и надмыщелковых переломов у детей / О.В. Щекин // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2000. - №4. - С. 25-28.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕВИЗИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Курбанов С.Х., Абдуллоев М.С., Мирзобеков К.С., Хасанов Б.Н.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Данные отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют о том, что широкое внедрение в клиническую практику современного внутреннего стабильно-функционального остеосинтеза при переломах костей конечностей позволяет оптимизировать сроки консолидации переломов, начать раннее полноценное восстановительное лечение и, как следствие, добиться хороших анатомических и функциональных результатов лечения в 85-97% случаев [5, 1]. Так, при остеосинтезе пластинами LC-DCP средние сроки консолидации отломков длинных костей конечностей при переломах составили 12-16,4 недель, а при интрамедуллярном остеосинтезе без рассверливания костномозгового канала - 15,7 [2]. Нарушения консолидации костных отломков при остеосинтезе пластинами по классической методике отмечены у 6,4-9,1% больных, а при использовании пластин с ограниченным контактом - у 2,5% [3].

Анализ публикаций отечественных и зарубежных авторов показал, что при оперативном лечении переломов костей частота осложнений варьирует от 10,5 до 20,3% [5].

Материал и методы. За период 2015 по 2018гг под нашим наблюдением находились 87 больных в возрасте от 18 до 67 лет, которым был выполнен ревизионный остеосинтез. Из них 72 (82,7%) человека были трудоспособного возраста. Женщин было 23 (26,4%), мужчин - 64 (73,6%).

Сроки, прошедшие с момента первой операции остеосинтеза до обращения в нашу клинику составляли от 6 мес. до 5 лет.

Показаниями для выполнения ревизионных операций были: ложные суставы 43 больных (49,4%); неправильно сросшиеся переломы с угловой и ротационной деформацией - 26 (29,8%); неправильно сросшиеся переломы с функционально значимым укорочением - 11 (12,6%), остеомиелит у 7 (8,1%) больных. Необходимо отметить, что по данным рентгенограммы у большинства больных (73,4%) нарушения консолидации и деформации сопровождались миграциями, переломами металлических конструкций и нестабильным остеосинтезом.

Всем больным были показаны повторные оперативные вмешательства, среди которых преобладали следующие: остеосинтез блокирующими штифтами с применением ауто и ксено пластики (12), остеосинтез блокирующими штифтами без применения костной пластики (23), корригирующая остеотомия фиксации пластинами (26), реостеосинтез с корригирующими остеотомиями, дополненный костной ауто- или ксенопластикой (13), реостеосинтез с удлинением на гвозде в аппарате внешней фиксации (6), а также реостеосинтез в аппарате внешней фиксации (7). Необходимо отметить, что в 64 из 87 наблюдений (73,5%) необходимость выполнения ревизионных операций была обусловлена ошибками, допущенными в ходе предшествующих вмешательств. У 23 больных проанализировать возможные ошибки при выполнении более ранних операций на основании данных медицинской документации, рентгенограммы и результатов обследования больных не представлялось возможным.

В нашем клинике при обследовании больных включали ортопедические, общеклинические, рентгенографические, КТ и доплерографические методы исследования. При этом предоставлялась возможность оценивать частоту и характер нарушений консолидации, частоту и виды миграции металлических конструкций, степень нарушения функции оперированной конечности, частоту и выраженность нарушения регионарного кровоснабжения и иннервации, степень нарушений статико-динамических функций поврежденных конечностей, сроки лечения больных в стационаре и продолжительность нетрудоспособности, а также частоту перевода больных на инвалидность.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты повторных операций изучены у 76 из 87 (87,3%) больных в сроки от одного года до трех лет. Установлено, что у 51 (67,1%) больных отмечены консолидация отломков костей, восстановление анатомической оси и длины конечности. Необходимо отметить, что средние сроки сращения костных отломков у них были близки к среднестатистическим данным, характерным для переломов костей данной локализации.

У 21 больного (27,6%) средние сроки сращения отломков костей после выполнения ревизионного остеосинтеза превысили среднестатистические в 1,5-2 раза, причем у 7 из них этот процесс был связан с физиологической перестройкой костных ауто- и ксенотрансплантатов. У всех 21 больного была восстановлена анатомическая ось сегмента, из них у троих (14,2%) отмечено укорочение сегмента до 3 см. Кроме того, у 4 из 21 пострадавшего (19,3%) отмечалось временное ограничение движений в смежных суставах.

У 1 больного (1,3%) были зарегистрированы переломы блокирующих винтов интрамедуллярного фиксатора с нарушением анатомической оси конечности. Еще у трех больных (3,9%) развилась свищевая форма остеомиелита. У этой категории больных было необходимо проведение повторных и более сложных реконструктивных вмешательств, в частности, реостеосинтез в сочетании с резекцией части диафиза поврежденной кости. Однако сращение костных отломков было достигнуто во всех наблюдениях, хотя нарушения оси сегментов и ограничение движений в смежных суставах наблюдали у 3 из 4 больных рассматриваемой группы.

Средние сроки пребывания в стационаре с учетом реабилитационного лечения у 65 (85,5%) больных составили $21,3 \pm 7,4$ дней, а средние сроки лечения с момента получения травмы - $16,5 \pm 3,2$ мес. При этом 69 (90,7%) больных вернулись к прежней работе. Значимое снижение трудоспособности отмечено у 4 (5,2%) больных и 3 (3,9%) переведены на инвалидность.

Проведенный анализ ошибок у 64 из 87 больных, допущенных при первичном остеосинтезе, позволил разделить их на организационные, диагностические и лечебно-тактические. При этом большинство из них было допущено при накостном остеосинтезе 52 (81,3%) и меньше при выполнении интрамедуллярного остеосинтеза 12 (18,7%).

Допущенные ошибки при накостном остеосинтезе составили 52 (81,3%) и были обусловлены: применением пластин, не предназначенных для данного сегмента - у 8 (15,3%), некорректный выбор пластины по длине - у 16 (30,7%), неадекватный выбор типа пластины при выраженном остеопорозе - у 7 (13,4%), нетипичная установка пластины - у 5 (9,6%), несоблюдение соотношения длины пластины к характеру перелома - у 13 (25%) и неправильная установка пластин у 3 (5,7%) больных.

При интрамедуллярном остеосинтезе лечебно-тактические ошибки были выявлены у 12 из 64 больных (18,7%): неправильный подбор гвоздей по длине и диаметру - у 3 больных (25%); несвоевременная динамизация гвоздя при поперечных или косопоперечных переломах, приводящая к замедленной консолидации или формированию ложного сустава - у 4 (33,3%); динамизация гвоздя без наличия показаний при оскольчатых переломах, приводящая к укорочению конечности - у 3 (25%); отказ от использования концевой колпачка, вызывавший технические трудности при удалении гвоздей - у 2 (16,6%).

Необходимо отметить, что (73,5%) ревизионных операций после остеосинтеза длинных костей конечностей обусловлены ошибками, допущенными при первичном вмешательстве. Ошибки при первичном накостном остеосинтезе встречаются значительно чаще (81,3%), чем при выполнении первичного интрамедуллярного остеосинтеза (18,7%). При этом лечебно-тактические ошибки существенно преобладают над диагностическими и организационными как при накостном, так и при интрамедуллярном остеосинтезе.

Правильно выполненные ревизионные операции с применением современных методик остеосинтеза обеспечивают консолидацию переломов костей при восстановлении длины сегмента, осевых соотношений и опорности конечности, что, по нашим данным, позволяет вернуть к прежней или аналогичной работе 90,7% больных.

Выводы. Неблагоприятный фон, на котором проводится ревизионный реостеосинтез, может приводить к снижению функциональных результатов и замедлению темпов консолидации костных отломков, что, по нашим данным, приводит к инвалидности 3,9% больных.

Рассмотренные ревизионные операции относятся к разряду сложных и требуют углубленного общеклинического и специального обследования больных, обязательного предоперационного планирования и строгого соблюдения технологий повторного остеосинтеза, что определяет целесообразность их проведения только в специализированных клиниках травматологии и ортопедии.

Список литературы

1. Анаркулов, Б.С. Выбор остеосинтеза при переломах длинных костей скелета (обзор литературы) [Текст] / Б.С. Анаркулов // Медицина Кыргызстана. - Бишкек, 2010 - №3 - С. 9-14.85.
2. Будников, И.В. Опыт применения блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза в травматологическом отделении многопрофильной больницы [Текст] / И.В. Будников, А.Ю. Докалин, В.Н. Мишустин // Материалы IX съезда травматологов-ортопедов России. Саратов. - 2010. - С. 104.
3. Музыченко, П.Ф. Проблема материаловедения в травматологии и ортопедии [Текст] / П.Ф. Музыченко // Травма - 2012. - №1 - Том 13. - С. 94- 97.
4. Рушай, А.К. Особенности лечения травматического остеомиелита длинных костей у больных после применения различных видов остеосинтеза [Текст] / А.К. Рушай // Травма - 2010. - №3. - Том 11. - С. 34-37.
5. Фоос, И.В. Совершенствование хирургической тактики при лечении больных с ошибками внутреннего остеосинтеза и неинфекционными [Текст] / И.В. Фоос // дисс. канд.меднаук.СПб, 2015. - 148 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТОКОЛОВ УСКОРЕННОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ «FAST TRACK» В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Лядов В.К.^{1,2}

¹ – Кафедра онкологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Москва, Россия

² – Городская клиническая онкологическая больница №1 Департамента здравоохранения Москвы, Россия

Актуальность. По оценкам ООН, доля населения старше 60 лет в Европе и Северной Америке достигает 22% и к 2050 году превысит 30%. В России по данным переписи 2010 г. численность населения старше трудоспособного возраста (старше 60 лет у мужчин и 55 лет у женщин) возросла до 22%, что составило более 31,5 млн человек.

Онкологические заболевания являются важнейшей проблемой в данной возрастной группе. Показано, что в США более 60% впервые выявленных случаев злокачественных новообразований и 70% обусловленных ими летальных исходов происходят у пациентов старше 65 лет. В структуре онкологической заболеваемости пациентов в возрасте старше 70 лет опухоли различных отделов желудочно-кишечного тракта составляют около 30% как среди мужчин, так и среди женщин.

Длительное время считалось, что старческий возраст служит относительным противопоказанием к выполнению обширных плановых вмешательств при опухолях интраабдоминальной локализации. В то же время, успехи хирургии, анестезиологии, восстановительной медицины позволяют успешно проводить лечение пациентов, которые еще несколько лет назад не могли рассматриваться в качестве кандидатов для оперативного лечения. Появляется все больше исследований, демонстрирующих успешные результаты операций на желудке, печени, поджелудочной железе у пациентов старше 80 и даже 90 лет.

Показано также, что применение мини-инвазивных хирургических доступов в сочетании с унифицированными протоколами периоперационного ведения пациентов, основанными на доказательных данных (протоколы ускоренного выздоровления – ПУВ, «Fast Track»), является оптимальным вариантом снижения числа послеоперационных осложнений в абдоминальной онкохирургии. Однако безопасность данного подхода в старческой возрастной группе изучена недостаточно.

Цель исследования. Проанализировать эффективность и безопасность применения стандартизированных протоколов ускоренного выздоровления «Fast Track» у пациентов пожилого и старческого возраста, оперированных в радикальном объеме по поводу опухолей различных отделов желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ проспективно заполняемой базы данных, а также историй болезни 1018 пациентов с опухолями различных отделов желудочно-кишечного тракта, находившихся на стационарном лечении в отделении онкологии хирургического профиля ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России с 2009 по 2015 гг. Всем пациентам были выполнены радикальные вмешательства различного объема. Мужчин было 472 (46,4%), женщин – 546 (53,6%). Средний возраст пациентов составил 63,9±11,5 лет. С целью статистического анализа больные были разделены на 3 возрастные группы: 75 лет и старше (старческий возраст, 203 пациента) – **группа 1**, 60-74 (пожилой возраст, 494 пациента) – **группа 2**, до 60 лет (молодой возраст, 321 пациент) – **группа 3** (контрольная).

В анализ вошло 149 радикальных операций по поводу опухолей желудка, проведено 347 резекций ободочной кишки и 223 операции на прямой кишке, выполнено 128 резекций печени различного объема, 134 вмешательства по поводу опухолей поджелудочной железы.

С 2009 по 2013 гг. в отделении применялись лишь различные компоненты протокола ускоренного выздоровления без четкой системы: оперировано 393 пациента (38,6% всей исследуемой когорты). В 2014-2015 гг. всех пациентов (n=625) вели по единым принципам в рамках программы ускоренного выздоровления «Fast Track».

Основными опорными пунктами протокола на предоперационном этапе были 1) детальное информирование пациента и его родственников об особенностях операции 2) отказ от рутинной подготовки кишечника к операции 3) отказ от предоперационного голодания более 6 ч до операции 4) отказ от премедикации бензодиазепинами 5) применение антикоагулянтных препаратов непрямого действия в профилактической дозе за 12 ч до операции 6) прием 300-400 мл сладкой прозрачной жидкости за 2-3 ч до индукции анестезии 7) антибактериальная профилактика за 30-60 минут до разреза (обычно цефалоспорины 2 поколения).

Интраоперационно стремились к 1) профилактике гипотермии и 2) кровопотери 3) ограниченному применению опиатной анальгезии 4) выполнению операций лапароскопическим доступом 5) ограничению объема инфузионной поддержки.

В послеоперационном периоде протокол включал 1) отказ от рутинной госпитализации в ОРИТ 2) экстубацию на операционном столе или в максимально ранние сроки 3) комплексное безопиатное обезболивание на основе НПВС, эпидуральной и контролируемой пациентом анальгезии 4) раннюю (2-3 ч после экстубации) вертикализацию с инструктором ЛФК 5) пероральный прием жидкости и легкий ужин (за исключением операций на желудке и поджелудочной железе).

Результаты исследования и их обсуждение. Различия по числу пациентов без осложнений до и после внедрения ПУВ были статистически значимыми в группах пациентов старческого (p<0,01) и пожилого возраста (p<0,05) (Табл.1). В группе пациентов старческого возраста после внедрения ПУВ отмечено статистически значимое снижение уровня летальности (p<0,05), а среди пожилых пациентов – уменьшение числа тяжелых осложнений (p<0,05). В то же время, в контрольной группе (молодые пациенты) тенденция к снижению числа тяжелых осложнений и летальности не достигла уровня статистической значимости.

Таблица 1. - Результаты до и после внедрения стандартизированного ПУВ в зависимости от возрастной группы

	Нет осложнений, %	Осложнения I-II ст., %	Осложнения III-IV ст., %	Летальность, %
Группа 1, 2009-2013, n=73	37	19,2	30,1	13,7
Группа 1, 2014-2015, n=130	56,2	16,2	23,1	4,6
Группа 2, 2009-2013, n=179	48	19	25,7	7,3
Группа 2, 2009-2013, n=315	58,1	20,3	17,1	4,4
Группа 3, 2009-2013, n=141	56	17,7	23,4	2,8
Группа 3, 2014-2015, n=180	65,2	17,1	16	1,1

Было отмечено, что внедрение ПУВ позволило добиться статистически значимого ($p < 0,05$) снижения числа послеоперационных пневмоний и пациентов с острой задержкой мочи в послеоперационном периоде. Наиболее характерны пневмонии были для пациентов, перенесших операции на желудке – 4 из 50 на первом этапе исследования и 3 из 92 пациентов после внедрения ПУВ (ОШ $0,388 \pm 0,785$, 95% ДИ $0,083-1,806$, $p > 0,05$).

Выводы

Продемонстрирована безопасность и эффективность унифицированного протокола ускоренного выздоровления в группе пациентов пожилого и старческого возраста.

Список литературы

1. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г./М.И. Давыдов, Е.М. Аксель// Издательская группа РОНЦ, Москва, 2014
2. К.В. Лядов, А.В. Кочатков, В.К. Лядов. Концепция ускоренной послеоперационной реабилитации в лечении опухолевых заболеваний ободочной кишки // Хирургия. - 2015. - №6. - С.84-90.
3. Лядов В.К. Профилактика неспецифических осложнений после резекций печени у пациентов старческого возраста/ В.К. Лядов, И.А. Козырин// Злокачественные опухоли. - 2016. - №(4). – Р. 36-40.
4. O. Higuera, I. Ghanem, R. Nasimi et al. Management of pancreatic cancer in the elderly // World J Gastroenterol. – 2016. - №22(2). – Р.764-775.
5. B. Nardo, S. Serafini, M. Ruggiero et al. Liver resection for metastases from colorectal cancer in very elderly patients: New surgical horizons// Int J Surg. – 2016. - №1. – Р.135-141.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЛАТАСОПТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ

Мазабшоев А.М., Кадырова Н.А., Юнусова З.И., Саидов Х.А.

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Понятие «глаукома» объединяет большую группу заболеваний глаза с различной этиологией. Глаукома относится к хроническим заболеваниям глаза, которые приводят к необратимой потере зрительных функций - слепоте. В патогенезе глаукомы важнейшее значение имеет нарушение гидродинамики глаза, соотношения продукции и оттока внутриглазной жидкости.

Согласно данным ВОЗ глаукома является одной из основных причин слепоты и слабовидения во всем мире. В мире глаукомой страдает около 105 млн. человек; 5,2 млн. человек имеют слепоту на оба глаза, каждую минуту слепнет 1 пациент, а каждые 10 мин – 1 ребенок.

Современное лечение глаукомы направлено на снижение внутриглазного давления с помощью лекарственных препаратов, которые способствуют снижению ВГД.

В последние годы накоплен опыт применения препарата латасопт, содержащего в качестве активного ингредиента латанопрост в концентрации 0,005% (50мкг/мл).

Латанопрост является аналогом простогландина F2a и селективным агонистом FP рецепторов. Противоглаукомное действие оказывает путем увеличения оттока водянистой влаги, снижает среднесуточное ВГД приблизительно на 15-25%. Гипотензивный эффект при его применении длится не менее 24 ч после введения однократной дозы, поэтому латасопт применяется один раз в день.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности применения препарата латасопт при лечении больных первичной открытоугольной глаукомой.

Материал и методы исследования. Для оценки эффективности и безопасности препарата латасопт на базе кафедры офтальмологии с января по июнь месяц 2019 г. проведено обследование 40 больных (76 глаз) с открытоугольной глаукомой, которые были разделены на 2 группы. Основную группу (1 группа) составили 38 пациентов (38 глаз), которым в качестве гипотензивного лечения был назначен Латасопт 1 раз в день. Возраст пациентов составил от 48 до 60 лет, мужчин - 7, женщин - 13. Контрольную группу (2 группа) составили 38 пациентов (38 глаз). Гипотензивное лечение в контрольной группе проводилось по стандартным схемам, т.е. больным назначили Тимолол 2 раза в день. Возраст пациентов составил от 44 до 63 лет, из них мужчин - 9, женщин - 11. Для определения длительности гипотензивного эффекта препарата обследование обеих групп больных проводилось через 1, 3 и 6 мес. До начала лечения всем больным было проведено полное офтальмологическое обследование, включающее визометрию, периметрию, тонометрию, тонографию, гониоскопию, офтальмоскопию. На основании проведенных обследований был поставлен диагноз глаукома: в первой группе 29 пациентов с ОУГ II стадии, 9 пациентов с ОУГ III стадии. В контрольной группе – 28 пациентов с ОУГ II стадии, 10 пациентов с ОУГ III стадии.

Результаты исследования и их обсуждение. В основной и контрольной группах результаты оценивали после проведения курса гипотензивного лечения в течение 6 месяцев. Анализ клинических данных показал, что в обеих группах через 6 месяцев лечения была отмечена положительная динамика всех изученных клинических показателей.

В 1-й группе из первоначально включенных в исследование успешно его завершили 37 больных. Один пациент через 3 месяца был исключен из исследования в связи с недостаточным снижением офтальмотонуса. У всех оставшихся пациентов удалось достигнуть стабилизации зрительных функций.

Во 2-й группе исследование завершили 35 больных. Трое больных были исключены из исследования по причине возникновения местных побочных эффектов и недостаточного снижения офтальмотонуса.

Латасопт достоверно ($p < 0,01$) снижает ВГД в среднем на 7 мм рт.ст. по сравнению с исходным значением ($24,3 \pm 1,1$ до $17,8 \pm 2,1$ мм рт.ст.) и это снижение поддерживалось в течение 6 месячного наблюдения у 37 пациентов.

Во 2-й группе больных среднее снижение ВГД составило 6 мм рт.ст. по сравнению с исходными значениями и это снижение поддерживалось в течение 6 месячного наблюдения у 35 больных.

При применении тимолола также был достигнут удовлетворительный гипотензивный эффект, однако увеличилось число местных и системных побочных эффектов, чем при применении латасопта.

Следует отметить, что наш контингент, в основном, имеет темную окраску радужной оболочки. Следовательно, побочный эффект латасопта в виде увеличения пигментации радужки не был ярко выражен.

Выводы. Таким образом, оценивая эффективность и безопасность препарата латасопт можно отметить, что препарат очень эффективно снижает ВГД, удобен в применении (1 раз в день), способен поддерживать значимый гипотензивный эффект при долговременном применении и имеет достаточную безопасность клинического применения.

Список литературы

1. Нестеров А.П. Глаукома / А.П. Нестеров. -М.: Медицинское информационное агентство, 2018.-360с.
2. Егоров Е.А. Офтальмофармакология. Руководство для врачей / Е.А. Егоров, Ю.С. Астахов, Т.В. Савицкая-ГЭОТАР – Медиа, 2014.-469с.

ИЗУЧЕНИЕ СЕНСИБИЛИЗИРУЮЩИХ СВОЙСТВ ДЕЦЕЛЛЮЛЯРИЗОВАННОЙ КСЕНОГЕННОЙ БРЮШИНЫ ПРИ ПЛАСТИКЕ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Максяткина Л.В., Абатов Н.Т., Ахмалтдинова Л.Л., Бадыров Р.М., Цильке П.А., Пономарев Е.А.

Кафедра хирургических болезней. Некоммерческое Акционерное Общество «Медицинский Университет Караганды». Казахстан

Актуальность. Хирургическое восстановление грыж передней брюшной стенки остается одной из нерешенных проблем современной хирургии. Несмотря на то, что современные синтетические протезные материалы широко используются и постоянно улучшаются, у пациентов, со сложными клиническими случаями, частота рецидивов грыж передней брюшной стенки может достигать 25,1 % [1].

Поиск альтернативных материалов, способных обеспечить восстановление грыжевого дефекта без потери функциональности передней брюшной стенки, стимулировал разработку новых имплантов биологического происхождения.

Внеклеточный матрикс ксеногенной брюшины - новый биологический имплант, являющийся комплексом структурных и функциональных белков, объединённых в специальную тканеспецифическую архитектуру, представляющую собой внеклеточный матрикс, полученный методом децеллюляризации, который участвует в поддержании структуры ткани и передаче сигнала, а также в регуляции роста и дифференцировки клеток [2].

Однако специфичные белковые составляющие и высокомолекулярные соединения нового импланта биологического происхождения могут привести к развитию побочного эффекта путем активации иммунной системы организма в виде формирования гиперчувствительности к какому-либо веществу, входящему в состав материала.

Цель исследования. Сравнительная оценка гиперчувствительности «немедленного» типа у крыс после применения децеллюляризованной ксеногенной брюшины и ацеллюлярного дермального коллагена Permacol.

Материалы и методы исследования. Изучение гиперчувствительности «немедленного» типа осуществлялась с помощью стандартных методов выявления развития сенсibilизации: эпикутанная и конъюнктивальная пробы.

Эксперимент проводился на белых нелинейных половозрелых крысах одинакового возраста, размера, в количестве сорока особей. Распределение животных по группам, соответствующим применяемому биоимпланту и методу выявления развития сенсibilизации представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение животных по группам

	Эпикутанная проба	Конъюнктивальная проба
ВКМ ксеногенной брюшины, n=20	n=10 (группа 1a)	n=10 (группа 1b)
«Permacol», n=20	n=10 (группа 2a)	n=10 (группа 2b)

Перед началом эксперимента осуществлялась первичная сенсibilизация экспериментального животного посредством вшивания биоимпланта в переднюю брюшную стенку в соответствии с разновидностью применения тестируемого образца [4].

Эпикутанная проба проводилась на третьи сутки после имплантации децеллюляризованной ксеногенной брюшины и ацеллюлярного дермального коллагена «Permasol» путем двадцати повторных наложений накожных аппликаций на выстриженный участок кожи боковой поверхности туловища экспериментального животного на протяжении четырёх недель, по 5 раз в неделю, время экспозиции - 5 минут.

Конъюнктивальная проба проводилась на седьмые сутки после имплантации децеллюляризованной ксеногенной брюшины и ацеллюлярного дермального коллагена «Permasol», путем введения пластиковой пипеткой на конъюнктиву левого глаза водного раствора соответствующего биоимплантата. На конъюнктиву правого глаза, с минимальным временным промежутком, закапывался физиологический раствор.

Водные растворы биоимплантатов получали с помощью разведения в 1,0 мл стерильного физиологического раствора, растертого в ступе до порошкообразной консистенции замороженного в жидком азоте образца биоимплантата.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе проведения эпикутанной пробы по выявлению реакции гиперчувствительности «немедленного» типа, путем двадцати повторных накожных аппликаций, у всех животных в исследуемой группе, где применялась децеллюляризованная ксеногенная брюшина, и в группе сравнения не было отмечено видимых изменений в области на поверхности кожи в месте контакта с имплантатом. Согласно шкале оценки кожных проб [5], у всех экспериментальных животных - «0» баллов (Рисунок 1)



Рисунок 1. Состояние кожи после кожных аппликаций

При постановке конъюнктивальной пробы с использованием гомогенизированного в жидком азоте децеллюляризованной ксеногенной брюшины не было зарегистрировано ни одного случая аллергической реакции. Аналогичные результаты получены в группе сравнения (Рисунок 2).

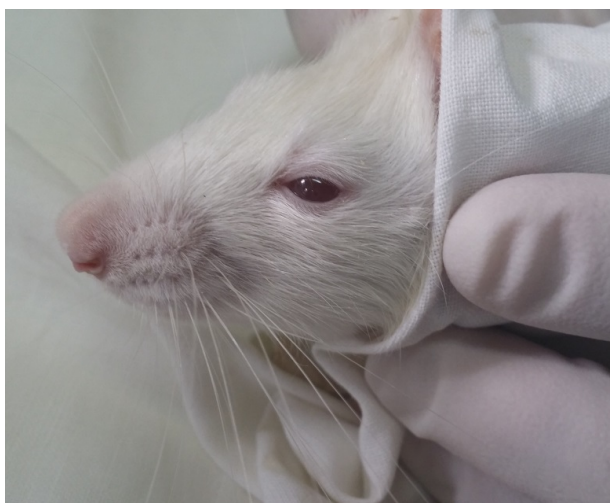


Рисунок 2. Неизменная конъюнктура левого глаза

Выводы. В ходе экспериментального исследования было доказано, что децеллюляризованная ксеногенная брюшина не вызывает гиперчувствительности «немедленного» типа при постановке эпикутанной и конъюнктивальной проб. Ни у одного из экспериментальных животных не наблюдалось признаков выраженной чувствительности иммунной системы. Полученные данные свидетельствуют о полноценной очистке исследуемого биоимплантата от высокомолекулярных и белковых структур, способных выступить в роле аллергена.

Список литературы

1. AhmedAlenazi A, Alsharif MM, Hussain MA, et al. Prevalence, risk factors and character of abdominal hernia in Arar City, Northern Saudi Arabia in 2017. Electron Physician. 2017;9(7):4806–4811.

2. Abatov N. Decellularized Bovine-Derived Peritoneum: Impact of a Biological Graft on Long-Term Incorporation in Rats // EurSurg Res. – 2017. – 58 – Suppl 2. – P. 62
3. Пат. 33801 Республика Казахстан, МПК А61В 17/00 (2006.01). Способ получения внеклеточного матрикса ксенобрюшины для пластики грыж передней брюшной стенки / Абатов Н.Т., Огай В.Б., Бадыров Р.М., Абатова А.Н., Асамиданов Е.М., Аbugалиев К.Р.; заявл. 09.10.2017, опубл. 02.08.2019, Бюл. № 31. 7 с.
4. Свидетельство о государственной регистрации прав на объект авторского права. Метод реконструкции передней брюшной стенки с применением внеклеточного матрикса ксенобрюшины / Абатов Н.Т., Бадыров Р.М., Асамиданов Е.М., Каукенов Б.Н.; выдано 10.08.2016 г., № 1671
5. Колхир П.В. Доказательная аллергология-иммунология, практическое пособие. - Практическая медицина, 2010. - 528 с.

РЕКОНСТРУКЦИЯ СОСУДИСТО-НЕРВНЫХ ПУЧКОВ ПРИ ДЕФЕКТЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Хасанов М.А.

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. РНЦССХ. Таджикистан

Актуальность. Одной из сложных и не до конца решенных проблем реконструктивной и пластической микрохирургии является хирургическая коррекция обширных посттравматических дефектов верхней конечности. Сложности лечения пострадавших с дефектами покровных тканей предплечья и кисти, прежде всего, заключается в том, что дефекты наряду со сдавлением сосудисто-нервных пучков нередко способствуют развитию контрактур и вторичных деформаций кисти и пальцев [1,2].

Наличие дефицита покровных тканей считается относительно неблагоприятным условием для осуществления первичной реконструкции поврежденных подлежащих структур конечности. В связи с этим нередко мягкотканый дефицит требует первоначального создания полноценного кожного покрова, который достигается применением комплекса тканей [3] и в последующем реконструкцией поврежденных сосудисто-нервных пучков и сухожилий [4].

В зависимости от функционального дефицита конечности и протяженности дефекта покровных тканей создание полноценного кожного покрова достигается использованием осевых и свободных сложных составных трансплантатов [5].

Результаты операции поврежденных СНП и сухожилий во многом зависят от вида реконструкции, срока, прошедшего от момента получения травмы и характера повреждения. Опыт лечения этих пострадавших показывает, что удовлетворительные результаты восстановления чувствительной и моторной функции кисти достигаются при шве нервного ствола и аутонервной пластике [1].

Таким образом, несмотря на применение самых сложных, порою многочасовых и поэтапных операций до сих пор многие аспекты этой проблемы остаются неизученными и требуют дальнейшей разработки.

Цель исследования. Улучшение результатов реконструкции поврежденных сосудисто-нервных пучков верхней конечности в условиях посттравматического дефицита покровных тканей.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты хирургического лечения 52 пациентов с наличием посттравматического дефекта мягких тканей, которые сопровождалась повреждением СНП и сухожилий. Анализ показал, что у 52 пациентов отмечались повреждения 50 артерий, 42 нервных стволов и 202 сухожилий.

В зависимости от уровня и протяженности повреждения сосудов были поставлены показания к их реконструкции. Вместе с тем учитывалась и степень кровообращения конечности. Показания к восстановлению артерий считали абсолютными при следующих ситуациях: облитерация плечевой артерии, одновременное повреждение лучевой и локтевой артерии, отсутствие реципиентного сосуда при планировании пересадки комплекса тканей. Для изучения характера повреждения сосудов наряду с объективными критериями широко использовали УЗДГ и по показаниям выполняли ангиографию верхней конечности.

При выборе метода реконструкции поврежденного сосуда циркулярное восстановление не было выполнено ни в одном наблюдении. Повреждения сосудов во всех наблюдениях были протяженными, в связи, с чем мы прибегали к другим видам реконструкции артерий. При протяженных сдавлениях обеих артерий предплечья в одном наблюдении удалось осуществить их артериолиз.

Наиболее часто (15) нами была осуществлена аутовенозная пластика сосудов. Выбранная тактика была обусловлена протяженной облитерацией, либо дефектом сосуда. Дефекты сосудов при этом составляли до 8 см.

Среди 15 выполненных реконструкций в 8 наблюдениях была осуществлена аутовенозная пластика плечевой артерии. В 7 наблюдениях была выполнена аутовенозная пластика лучевой (5) и локтевой артерии (2). При протяженных облитерациях плечевой артерии с переходом на артерий предплечья плечелучевое (4) и плечелоктевое (3) шунтирование было выполнено в 7 случаях. В этих наблюдениях протяженность облитерации составила более 8-10 см.

В 4 наблюдениях, где была необходима свободная пересадка трансплантата в позиции мышц предплечья в связи с отсутствием реципиентного сосуда, формировали артериовенозные фистулы.

Таким образом, из 50 поврежденных артерий была осуществлена декомпрессия двух и реконструкция 28 артерий, включая формирование фистул.

При изучении двигательной и чувствительной функции кисти были выявлены клинические симптомы пересечения 24 и сдавления 16 нервных стволов. При сдавлении нервных столбов 8 пациентам осуществили невролиз 16 нервных стволов. При дефекте нервов до 3 см наложили эпинеуральные швы (9) и при дефекте более 3 см выпол-

восстановление утраченной функции конечности достигается путём применения сложных многоэтапных методов реконструкции.

Список литературы

1. Реконструктивно-пластические операции при лечении больных с дефектами покровных тканей / В.М. Шаповалов [и др.] // Гений Ортопедии. - 2014. - №4. - С. 58-62.
2. Versatility of Free Cutaneous Flaps for Upper Extremity Soft Tissue Reconstruction / H.D. Wang [et al.] // J.Hand Microsurg. – 2017. - N9(2). – P.58-66.
3. Ходжамурадов, Г.М. Устранение глубоких обширных дефектов покровных тканей верхней конечности / Г.М. Ходжамурадов, М.М. Исмоилов // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2013. - №2. - С.58-66.
4. Three kinds of forearm flaps for hand skin defects: experience of 65 cases / Lui Dong-xin [et al.] // Arch Orthop Trauma. – 2011. - N131. – P.675-680.
5. Коррекция мягкотканых дефектов и последствий повреждения сосудисто-нервных пучков верхних конечностей / Г.Д. Карим-заде [и др.] // Вестник Авиценны. – 2018. - Том 20, №4. - С.395-401.

КОРРЕКЦИЯ ОСТАТОЧНОЙ ФУНКЦИИ КИСТИ ПУТЁМ СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНОЙ ТРАНСПОЗИЦИИ

Маликов М.Х, Хасанов М.А, Махмадқулова Н.А.

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

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

Актуальность. Проблема хирургического лечения повреждений нервных стволов верхних конечностей остаётся актуальной в связи с малоутешительными результатами оперативных вмешательств. Анализ литературы последних десятилетий показывает, что после реконструкции срединного и локтевого нервов, только 24% больных возвращаются на прежнюю работу. Большинство из этих пациентов в последующем нуждаются в проведении различных вариантов корригирующих вмешательств на самой кисти с целью улучшения функции захвата [1-3].

Восстановление утраченных тонких видов захвата достигается выполнением различных вариантов сухожильно-мышечной транспозиции (СМТ). Методика считается альтернативой при застарелых невосстановленных нервных стволах или же при повреждении ствола на более высоком уровне. Отсутствие регенерации, отрицательные результаты аутонервной аваскулярной пластики нервного ствола также требуют применения СМТ. Однако выполнение разнообразных методов СМТ часто преследует лишь восстановление двигательной функции пораженной конечности, а одновременное непосредственное восстановление самого нервного ствола необходимо для достижения чувствительности в пальцах кисти [3-4].

В настоящее время для восстановления противопоставления I пальца, сгибания длинных пальцев и функции приведения и отведения мизинца применяются различные варианты СМТ. Для восстановления оппозиции большого пальца используют сухожилие поверхностного сгибателя IV, собственного разгибателя II пальца [1,5] и сухожилие длинного ладонного сгибателя кисти. С целью восстановления функции приведения мизинца наиболее эффективным является переключение сухожилия поверхностного сгибателя IV пальца. При сохранности мышцы поверхностного сгибателя пальцев, восстановление сгибания длинных пальцев достигается путём переключения этой мышцы в позиции мышцы глубокого сгибателя пальцев, тогда как для восстановления функции разгибания кисти мышцей выбором является круглый пронатор предплечья [4].

Таким образом, коррекция остаточной функции кисти при застарелых изолированных, либо сочетанных повреждениях нервных стволов достигается путём использования различных вариантов СМТ.

Цель исследования. Улучшение результатов застарелых повреждений нервных стволов верхней конечности с использованием вариантов сухожильно-мышечной транспозиции.

Материал и методы исследования. За период с 2010 по 2019 годы в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ и лечебно-диагностическом центре ТГМУ имени Абуали ибни Сино 32 пациентам при повреждениях срединного и локтевого нервов были использованы различные варианты СМТ.

При изучении факторов повреждения было установлено, что в большинстве случаев (27) повреждения нервных стволов имели место при резаных ранениях верхней конечности. Переломы костей как фактор повреждения имелись в анамнезе 5 пациентов. Возраст больных варьировал от 9 до 54 лет. Все пострадавшие поступили в сроки более 6 месяцев от момента получения травмы. Из общего количества пострадавших дети до 14 лет составили 15 (46,8%). Среди дополнительных методов диагностики были использованы рентгенография костей верхней конечности, термометрия, тетраполярная реовазография, УЗДГ и ЭНМГ.

Результаты исследования и их обсуждение. При изолированном повреждении срединного нерва в 7 наблюдениях оппонентопластика была осуществлена за счет переключения мышцы разгибателя II пальца. При одновременном повреждении срединного и локтевого нерва в 9 наблюдениях функция сгибания пальцев кисти была восстановлена за счет переключения плечелучевой и мышцы локтевого разгибателя пальцев. При одновременном повреждении срединного и локтевого нервов (5) и изолированном повреждении локтевого нерва (13) СМТ была осуществлена 18 пострадавшим. При этом двухэтапная пластика срединного нерва за счет васкуляризованного трансплантата локтевого нерва была осуществлена 5 пострадавшим. Этим пациентам утраченная функция локтевого нерва была восстановлена операцией Zancolli. Среди 13 пациентов с повреждением локтевого нерва функция приведения мизинца была корригирована видоизменённой операцией Zancolli (патент на изобретение, ТЖ № 759 № 1601004 от 22.01.2016г.).

Вышеприведенные варианты СМТ при последствиях травм периферических нервов мы предприняли в сроки более 6 месяцев.

Ниже приводятся этапы выполнения СМТ для восстановления функции сгибания пальцев кисти (Рис.1-2).

При осуществлении СМТ одним из важных моментов является определение степени натяжения переключенного сухожилия в новую позицию. С целью субъективного определения степени сокращения используемой мышцы и определения степени натяжения переключенного сухожилия нами была предложена методика электростимуляции мышц. Стимуляция функционирующих мышц показывает степень сокращения и необходимую длину натяжения сухожилия (патент на изобретение, ТЖ 350 № 1000444 от 06.04.2010). Степень сокращения мышцы изучалась до и после перемещения мышцы (рис. 3, 4).

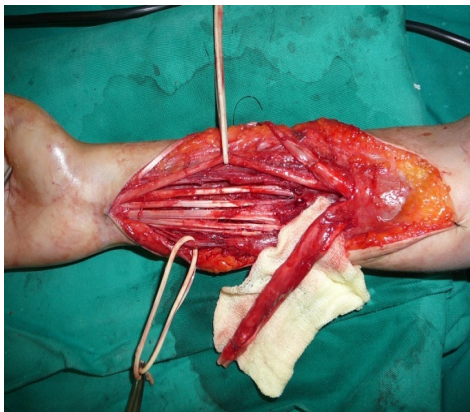


Рис. 1. Этапы мобилизации сухожилий



Рис.2.Сухожильно-мышечная транспозиция

Условием выполнения СМТ считали наличие пассивных движений в возможно максимальном объеме в пальцевых суставах, а также сохранение более 50% двигательных единиц используемой мышцы, доказанное методикой ЭНМГ.

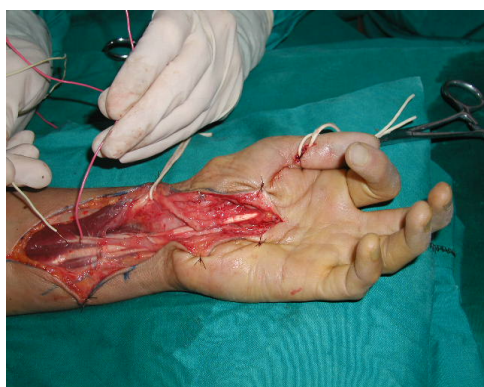


Рис.3.Стимуляция до переключения

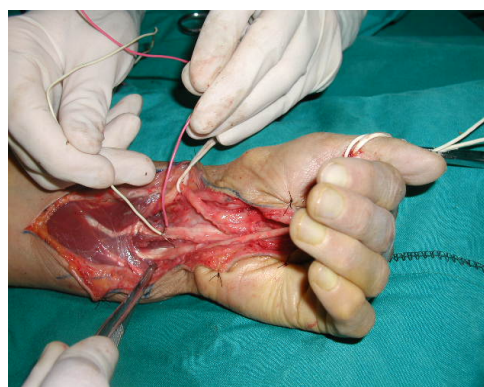


Рис. 4. Стимуляция после переключения

Методика интраоперационной стимуляции используемых мышц с целью переключения заключается в том, что первоначально стимуляции подвергались донорские мышцы. При удовлетворительном сокращении этих мышц производили переключение последних в позицию утраченных мышц. При этом после временной фиксации переключаемых мышц выполняли электростимуляцию для определения амплитуды степени сокращения мышц, и, тем самым, амплитуду сгибания пальцев. При недостаточной амплитуде сгибания пальцев меняли область сухожильного шва на более проксимальный уровень. После достижения адекватного сгибания пальцев накладывали окончательный шов между сухожилиями донорской и реципиентной мышцы.

Выводы. При застарелых повреждениях нервных стволов применение СМТ является идеальным вариантом восстановления утраченной функции пораженной верхней конечности. Выполнение СМТ, направленное на устранение вторичных деформаций кисти, является дополнением к восстановлению нервных стволов, они более эффективны и намного улучшают функциональные способности кисти и пальцев.

Список литературы

1. Савельев, В.А. Отдалённые результаты восстановления периферических нервных стволов: дис. ... канд. мед. наук / В.А. Савельев. – Душанбе, 2009. – 139 с.
2. Маликов, М.Х. Повреждение срединного и локтевого нерва при чрезмыщелковом переломе плеча / М.Х. Маликов, А.А. Давлатов, Г.Д. Каримзаде, И.Н. Хван // Вестник Авиценны. – 2014. - № 1ю - С. 79-83.
3. Fitoussi, F. Tendon lengthening and transfer / F. Fitoussi, M. Bachy // Orthopaedics and Traumatology: Surgery and Research. – 2015. - N101. - P. 149-157.
4. Сухожильно-мышечные транспозиции в реабилитации пациентов с нарушениями функции кисти и пальцев / В.П. Дейкало [и др.] // Вестник ВГМУ. – 2017. - Том 16, №3. – С. 46-53.

Редон-дренажи были использованы при всех случаях грыж и были удалены на 3-4 сутки после операции. Больных активизировали на вторые сутки после операции.

В послеоперационный период ни в одном наблюдении не имели место парез кишечника и явления гипостатической пневмонии. В 3 наблюдениях отмечалось нагноение раны, причем в одном наблюдении пластика дефекта была осуществлена ненапряжным способом. Активное промывание раны и орошение раны раствором йодповидона (5%) привела к успеху. В этом наблюдении полипропиленовая сетка не была удалена.

Отдаленные результаты изучались в сроки от 6 месяцев до 9 лет у всех 32 оперированных пациентов. Рецидив грыжи ни в одном наблюдении не отмечался. Трое пациентов поменяли свою профессиональную деятельность, остальные работали на прежней профессии.

Выводы. Переднебоковые грыжи живота в большинстве случаев возникают после применения боковых доступов при различных патологиях почек и органов брюшной полости в результате хирургического лечения различных патологий почек и органов брюшной полости. Целенаправленная предоперационная подготовка и выбор адекватного метода пластики грыжевых ворот могут уверенно снизить частоту послеоперационных осложнений и рецидивов.

Список литературы

1. Пластика послеоперационных вентральных грыж свободным лоскутом аутофасции бедра / М.Н. Садыкова [и др.] // Медицинский альманах. – 2009. - №3 (8). - С. 31-34;
2. Современные принципы лечения больных с боковыми и переднебоковыми грыжами живота / С.Ю. Пушкин [и др.] // Вестник хирургии. – 2010. - Том 169, №2. - С. 96-98.
3. Алекберзаде, А.В. Открытая аллопластика послеоперационных вентральных грыж / А.В. Алекберзаде, Е.М. Липницкий, И.В. Сундуков // Хирургия. – 2011. - №4. - С. 13-16.
4. Клинико-морфологическое обоснование выбора способа операции у больных с послеоперационными переднебоковыми и боковыми грыжами живота / В.И. Белоконев [и др.] // Хирургия. – 2011. - №9. - С. 60-63.
5. Mallaya, B. A Study on retrospective analysis of inguinal hernia repair by various methods in a teaching institute / B. Mallaya, G. Someshwara Rao // Journal of Innovations in Pharmaceuticals and Biological Sciences. – 2016. - Vol. 3(2). - P. 202-207.

СОСТОЯНИЕ СЛУХА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ И ТЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Махамадиев А.А., Адылова Ф.Х., Урунбаева М.Г.

Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Одной из актуальных проблем современной оториноларингологии признается тугоухость. В связи с тем, что слух является одной из важных функций организма, то развитие тугоухости и глухоты являются предметом рассмотрения не только клинической, но и социальной медицины. Хронический гнойный средний отит (ХГСО) является причиной деструктивных изменений среднего уха, кроме этого, он может оказывать негативное влияние на внутреннее ухо [1].

При ХГСО проницаемость мембраны окна улитки повышается, которая является входными воротами для проникновения медиаторов воспаления, эндотоксинов, приводящих к изменению состава эндолимфы и тем самым к развитию тугоухости [3]. Ранее хирургическое вмешательство, проведенное по факту кариозного процесса у больных, страдающих хроническом гнойном среднем отитом, осложненным холестеатомой на этапе ремиссии, с учётом своеобразного строения сосцевидного отростка и распространения воспалительного процесса, в значительной степени уменьшает его объем и у 70% пациентов дает возможность выполнить восстановление структуры среднего уха. [2]. После слухоулучшающих операций при ХГСО, улучшение слуха наблюдается в большинстве случаев в низких и средних частотах [4].

Из общего числа страдающих значительным нарушением слуха 20% имеют инфекционную природу тугоухости, как результат среднего отита. Среди обратившихся за помощью больных с патологией ЛОР - органов число больных со средними отитами было до 28,5% [3,4].

Цель исследования. Оценка состояния слуха при различных формах течения хронического гнойного среднего отита.

Материал и методы исследования. В условиях сурдологического отделения ЛОР клиники НМЦ РТ за период 2016-2019гг нами было обследовано и прооперировано 45 больных в возрасте от 19 до 45лет (из них 18 женщин и 27 мужчин), страдающих хроническим гнойным средним отитом с различной степенью тугоухости. Всем больным в предоперационном периоде путем отомикроскопии оценивали состояние барабанной перепонки и полость среднего уха. Обследование пациентов включало исследование проходимости слуховых труб, акуметрию, пробы с камертонами, тонально-пороговую аудиометрию, компьютерную томографию (КТ) височных костей и клинико- лабораторные исследования. Применение хирургического вмешательства зависело от данных клинического обследования и длительности гнойного процесса в среднем ухе. Данные КТ височных костей наравне с клиническими находками являлись одними из решающих факторов выбора метода хирургического вмешательства. В ходе операции оценивали характер деструктивных изменений в височной кости, состояние слуховых косточек и локализацию холестеатомы в различных отделах среднего уха.

Результаты исследования и их обсуждение. Хирургическую тактику определяли в зависимости от степени выраженности деструктивных изменений в различных структурах среднего уха, характера интраоперационных находок, распространенности холестеатомы и от состояния цепи слуховых косточек. Общеполостная saniрующая

операция (антромастOIDотомия) выполнена 19 пациентам и антромастOIDотомия с одномоментной тимпанопластикой - 26 больным с хроническим гнойным средним отитом. В ближайшем послеоперационном периоде удовлетворительный анатомический результат получен у 28 (62,2%), а в отдаленном послеоперационном периоде у 38 (84,4%) пациентов. При изучении функциональных результатов хирургического лечения в отдаленном послеоперационном периоде было обнаружено статистически значимое понижение порогов воздушного звукопроводения и костно-воздушного интервала по сравнению с дооперационными показателями (рис. 1)

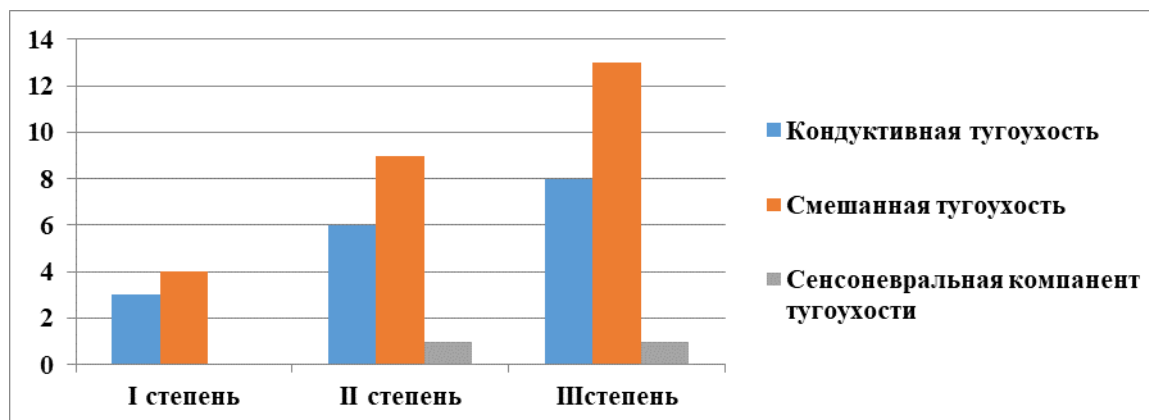


Рисунок 1. - Результаты обследованных ушей по степени нарушения слуха по данным аудиометрии в стандартном диапазоне частот (количество обследованных ушей n=45)

У большей части обследованных больных (у 25(55,6%), с хроническим гнойным средним отитом преимущественно была диагностирована кондуктивная тугоухость, смешанная тугоухость выявлена у 16(35,8%), а сенсоневральная тугоухость - у 4(8,6%) обследованных.

По данным литературы, аудиометрия в стандартном диапазоне частот не позволяет полностью охарактеризовать состояние слуховой функции. В связи с этим, чтобы в полной мере ответить на запросы клиники, аудиологическая диагностика обязана включать в себя выявление слуховой чувствительности на расширенном диапазоне частот, которая воспринимается человеческим ухом.

Исследование слуховой функции в полном диапазоне частот, воспринимаемых человеческим ухом при воздушном и костном звукопроводении. проводили всем обследованным.

Исследуя слуховую функцию аудиометрией в расширенном диапазоне частот, можно диагностировать сенсоневральную тугоухость у больных с различными воспалительными заболеваниями уха (таблица 1).

Таблица 1. - Усредненные данные аудиометрии на широком диапазоне частот у обследованных больных

Звукопроводения	Группы	Частоты в Гц			
		10000	12000	16000	18000
При тугоухости I степени					
	Основная группа	24,2±1,6	27,1±2,2	38,3±0,9	22,5±0,8
	Группа сравнения	15,9±0,5	20,2±0,5	32,2±0,5	22,8±0,6
	P	< 0,001	> 0,05	< 0,001	> 0,05
	Основная группа	45,4±1,3	45,0±1,6	51,7±2,2	34,2±1,6
	Группа сравнения	29,3±0,3	31,3±0,6	40,2±0,5	28,9±0,9
	P	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,05
	Основная группа	21,3±2,8	17,9±3,7	13,3±2,2	12,1±2,1
	Группа сравнения	14,1±0,5	11,2±1,1	8,7±0,3	6,2±0,2
	P	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
При тугоухости II-III степени					
	Основная группа	39,4±1,7	42,7±1,5	47,6±1,5	31,3±0,9
	Группа сравнения	16,3±0,6	20,0±0,2	31,3±0,2	23,2±0,3
	P	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Основная группа	62,8±2,1	65,5±2,3	68,2±2,2	46,5±1,6
	Группа сравнения	28,5±0,3	30,3±0,1	41,0±0,2	30,8±0,6
	P	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Основная группа	23,5±1,4	22,7±1,7	20,6±1,5	15,2±1,1
	Группа сравнения	10,7±0,3	10,3±0,3	10,0±0,2	7,6±0,3
	P	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Примечание: Данные представлены в виде (M±m), P - статистическая значимость различия средних показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни) по сравнению с нормой

В результате исследования было отмечено, что костное звукопроводение при ХГСО длительностью заболевания от 5 до 10 лет с редкими обострениями, наименьшими повреждениями структур среднего уха на частотах от 500 до 4000 Гц не имели значительного отличия от нормальных величин 12,8±0,6дБ. P> 0,05. В области от 8000 до 18000 Гц наблюдали повышение порогов костного звукопроводения до 38,3±0,9дБ. P< 0,001. При этом костно-воздушный интервал в среднем составлял 12,1±2,1 дБ. P> 0,05 дБ.

Выводы. Нарушение функции слухового нерва при ХГСО зависит от клинической формы и локализации холестеатомы в различных отделах среднего уха (мезотимпанит - 20,5%, эпитимпанит - 30,8%, мезоэпитимпанит - 48,7%), частоты обострений, числа проведенных операций, исходов операций и рецидивов заболеваний после операции. По данным результатов комплексного аудиологического исследования, у больных с хроническим гнойным средним отитом кондуктивную тугоухость диагностировали у 25(55,6%), смешанную тугоухость - у 16(35,8%), и сенсоневральную тугоухость - у 4(8,6%) больных.

Список литературы

1. Абдулкеримов Х. Т. Применение динамической коррекции симпатической нервной системы в лечении сенсоневральной тугоухости / Х. Т. Абдулкеримов К. И. Карташова, Ж. А. Рамазанова // Российская оториноларингология. – 2009. – № 2. – С. 24-27.
2. Санирующая хирургия при хроническом гнойном среднем отите с холестеатомой / А.И. Крюков [и др.] Вестник оториноларингологии. – 2011. – №1. – С. 62-65.
3. Control of chronic otitis media and sensorineural hearing loss in C3H/HeJ mice: Glucocorticoids vs. mineralocorticoids / С. J. MacArthur [et al.] // Otolaryngol head neck surg. – 2008. – №139. – P. 646–653.
4. Frequency-specific hearing results after surgery for chronic ear diseases / H.G. Choi [et al.] // Clinical and experimental otorhinolaryngology. – 2011. – Vol. 4, №3. – P.126-130.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТИМПАНОПЛАСТИКИ ПРИ РАЗРЫВЕ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ

Махмадиев А.А., Холматов Д.И., Адьлова Ф.Х.

Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. В последнее время травмы уха занимают одно из ведущих мест в оториноларингологии, среди них приобретает всё большую актуальность травматический разрыв барабанной перепонки с возникновением внезапной тугоухости [1, 2, 3, 4]. По данным авторов, для устранения повреждений структур среднего уха и восстановления утраченной слуховой функции, эффективным методом является проведение тимпаноластики с одномоментной комплексной противоневритной терапией [5].

Одной из основных проблем отиатрии является своевременная диагностика и обоснованный выбор хирургического метода лечения при травмах уха с разрывами барабанной перепонки различного характера. Функциональная хирургия уха в настоящее время ставит своей целью не только сохранение всех жизнеспособных структур звукопроводящего аппарата, но по возможности также пластическое восстановление трансформационного механизма среднего уха[3,4].

Цель исследования. Оценка результатов тимпаноластики при разрыве барабанной перепонки травматического характера

Материал и методы исследования. Обследовано 22 пациента с травматическим разрывом барабанной перепонки в возрасте от 6 до 38 лет, из них мужчин было 10 (45,4%), женщин - 12 (54,6%). Всем обследованным выполнены отоневрологическое и комплексное аудиологическое обследование, компьютерная томография височных костей по показаниям. Для оценки объективной картины барабанной перепонки и барабанной полости проводили отомикроскопию. Функциональное состояние органа слуха проверяли с помощью тонально пороговой и надпороговой аудиометрии, а также аудиометрии в расширенном диапазоне частот при костном и воздушном проведении по Б.М. Сагаловичу.

Результаты исследования и их обсуждение. Больные жаловались в основном на снижение слуха, шум в ушах, периодическое головокружение и тошноту. У некоторых больных наблюдали признаки сотрясения мозга (в анамнезе отмечалась потеря сознания после полученной травмы с интенсивными приступами тошноты и рвоты), которые были подтверждены специалистами — невропатологами и нейрохирургами. Обследованные больные имели травмы уха следующего характера: гиперемия и отёк слизистой барабанной полости, разрыв барабанной перепонки и цепи слуховых косточек в разной степени, а у некоторых наблюдалась оторрея. После проведения тимпаноластики и курса дегидратационной, сосудистой и витаминотерапии в течение месяца, вышеуказанные жалобы у больных в разной степени уменьшились, либо вообще исчезли.

После уточнения характера повреждений структур среднего уха, приступали к комплексному аудиологическому обследованию больных. Ниже приводим усреднённые данные аудиограммы обследованных больных.

Таблица 1. - Усредненные данные тональной пороговой аудиометрии и аудиометрии на широком диапазоне частот у больных через 12 месяцев после операции

Звукопроведения	Группы	Частоты в Гц				
		500	1000	2000	4000	8000
Костная проводимость в дБ		21,0±0,3	21,0±0,3	23,0±0,3	26,5±0,5	33,5±0,5
Воздушная проводимость в дБ		30,0±0,7	27,0±0,3	32,0±0,7	35,5±0,2	42,5±0,8
Костно-воздушный интервал в дБ		9,0±0,3	7,0±0,3	9,0±0,3	9,0±0,3	9,0±0,3
		Частоты в Гц				
		10000Гц	12000Гц	16000Гц	18000Гц	
Костная проводимость в дБ		39,0±0,3	45,5±0,2	51,0±0,3	31,0±0,3	
Воздушная проводимость в дБ		46,0±0,7	54,0±0,7	60,0±0,7	40,0±0,7	
Костно-воздушный интервал в дБ		7,0±0,3	8,5±0,5	9,0±0,3	9,0±0,3	

Примечание: Данные представлены в виде (M±m), P - статистическая значимость различия средних показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни) по сравнению с нормой .

Как следует из данных приведенных аудиограмм, у больных с травматическим средним отитом с разрывом барабанных перепонки наблюдали понижение порогов слуха на речевых и высоких частотах в среднем на 20-25 дБ как по воздушной так, и по костной проводимости. Результаты проведенной тимпаноластики в сочетании с медикаментозной противоневритной терапией оценивали по анатомическому состоянию структур среднего уха, характеру слуховой функции и общего самочувствия больных. Предварительные результаты оценивали как удовлетворительные, либо неудовлетворительные.

После проведенного хирургического вмешательства у большинства больных (72,2%) получен удовлетворительный результат, который выражался исчезновением субъективного шума в ушах, восстановлением слуховой функции, прекращением головокружения. При отомикроскопии наблюдали хорошее приживление новой барабанной перепонки. У остальных обследованных - 6 (27,3%), несмотря на проведенную терапию желаемого результата не получили. У 3-х больных наблюдали неприживление неотимпанального лоскута в результате проявления аллергической реакции с признаками присоединения вторичной инфекции, а у 3-х больных, несмотря на хорошее приживление барабанной перепонки, из-за сенсоневрального компонента тугоухости с наличием субъективного ушного шума заметного улучшения слуха не отмечалось.

Выводы. Выбор метода хирургического лечения при разрыве барабанной перепонки травматической этиологии зависит от характера и объема травмы. В результате дифференцированного подхода к хирургическому лечению слуховая функция остаётся стабильной, а в большинстве случаев улучшается. Для успеха тимпаноластики необходимым условием является хорошая функция евстахиевой трубы.

Список литературы

1. Дискаленко, В.В. Пластика больших дефектов барабанной перепонки с применением биосинтетического раневого покрытия «Биокол-1» (предварительное сообщение) 2005 / В.В. Дискаленко // Российская оториноларингология. - 2005. - №92. - С. 47-48.
2. Наш опыт миринголастики культурой аллофибробластов человека / В.Т. Пальчун [и др.] // Материалы XVI съезда оторинолар. РФ. - Сочи, 2001. - С. 111-114.
3. Поляков, С.Д., Комплексный подход к диагностике и лечению травматического отита / С.Д. Поляков, Н.Н. Батенев, Е.А. Попов // Вестник оториноларингологии. - 2010. - № 5.- С.23-25.
4. Поматилов, А.А. Заживление посттравматического дефекта барабанной перепонки методом трансплантации аллофибробластов человека / А.А. Поматилов // Вестник оториноларингологии. - 2011. - №4. - С.22-25.
5. Chukuezi, A.B. An unusual cause of acute tympanic membrane perforation: A case report / A.B. Chukuezi, J.N. Nwosu // International Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2009. - Vol 1(4). - P. 097- 098.

ОИД БА ТАДҚИҚИ СКРИНИНГИИ ПЕШГИРИИ БЕМОРИҲОИ АВВАЛИЯИ САРАТОНИИ РОСТРӢДА ВА РӢДАИ ҒАФС

Маҳмадкаримов Ш., Боронов С.Н., Ҳакимов С. Қ., Маҳмадов Б. Р.

Шуъбаи ташхиси даруннигарии Маркази миллии ташхису табобат ва таълимӣ (директор Боронов С. Н) шаҳри Душанбе

Мухимияти мавзӯ: Мақсади асосии скрининг ин пешгирӣ ва муайян намудани бемориҳои аввалияи саратонии рострӯда ва рӯдаи ғафс дар байни аҳолие, ки ягон аломати ин ё дигар бемориҳоро надоранд. Барои бештар муайян намудани ин бемориҳо бояд шумораи зиёди аҳолиро барои тадқиқи колоноскопия (даруннигарии рӯдаи ғафс), ки имрӯз дар тамоми ҷаҳон ҳамчун “стандартӣ тиллоӣ” ташхиси рӯдаи ғафс эътироф шудааст, дар бар гирифт. (1,2,3)

Бояд қайд намуд, ки имрӯзҳо ин барномаи скринингӣ дар бисёр аз мамлакатҳои дунё роҳандозӣ карда шудаанд ва аз рӯи маълумотҳо онҳо ба нишондиҳандаҳои назаррас ноил гардидаанд. Мисол дар Федератсияи Россия бо ин роҳ аз ҳама ҳолатҳои тадқиқҳо дар зиёда аз 25% - и ҳолатҳо бемориҳои аввалияи саратонии рострӯда ва рӯдаи ғафс муайян карда шудаанд, ки бо роҳи эндоскопӣ (ҷарроҳии эндоскопӣ) онҳо бартараф карда шудаанд ва боиси дароз гаштани умри беморон гардидаанд. (2) Бо боварии том гуфтан мумкин аст, ки бо ин роҳ албатта мо низ метавонем дар пешгирӣ ва муайян намудани бемориҳои аввалияи саратонии рострӯда ва рӯдаи ғафс ва дароз намудани умри беморон ва умуман сиҳати аҳоли саҳми босазои худро гузорем.

Мақсади тадқиқот: Новобаста аз пешрафти тибби имрӯза ва технологияи муосир, навгониҳои ташхису табобат масъалаҳои пешгирӣ ва ташхису табобати бемориҳои саратонӣ, ки рӯй ба афзоиш доранд, актуалӣ боқӣ мемонанд. Мувофиқи маълумотҳои Ташкилоти Умумиҷаҳонии тандурустӣ дар соли 2018 аз ин бемориҳо 9,6 млн нафар одамон фавтидаанд. Шумораи зиёди ин бемориҳоро саратони шуш (2,09 млн), ғадуди ширдеҳ (2,09 млн) ва рострӯдаву рӯдаи ғафс (1,80 млн) ташкил медиҳанд ва аз рӯи фавт бошад саратони шуш (1,76 млн), рострӯда ва рӯдаи ғафс (862000) ва меъда (783000) ҷойгир шудаанд. (4) Имрӯзҳо дар Федератсияи Россия Барномаи “Колоноскопияи босифат” ба роҳ монда шудааст, ки мақсади асосии он муайян ва пешгирии бемориҳои саратонии аввалияи колоректали мебошад. Мувофиқи талаботи ин Барнома колоноскопия бояд дар зиёда аз 90%-и ҳолатҳо пурра гузаронида шуда, фоизи муайян намудани саратонҳои аввалия аз 25% кам набошад, чунки танҳо дар ин ҳолат колоноскопияро босифат ҳисоб намудан мумкин аст. Инчунин мувофиқи ин Барнома шаҳрвандони аз 40 сола боло 1 маротиба дар 10 сол, аз 50 то 60 сола 1 маротиба дар 5 сол ва зиёда аз 60 сола 1 маротиба дар 3 сол ҳатман бояд тадқиқи колоноскопия гузаранд. (2) Ин амал дар Япония зиёда аз 5 сол аст, ки гузаронида мешавад. Аз ин лиҳоз мо тасмим гирифтём, ки дар шароити КВД “ Маркази миллии ташхису табобат ва таълимӣ” тадқиқоти скринингии бемориҳои

саратонии колоректалиро ба роҳ монем. Мақсади скрининг – ин гузаронидани ташхиси муайян ба гуруҳи одамон, ки ягон аломатҳои бемориро надоранд, вале имконияти баланди ҷой доштани онро доранд. (1,3)

Мавод ва усули тадқиқот: Мушкилии ташхисгузории саратонҳои колоректалӣ дар набудани аломатҳои ин беморӣ дар марҳилаҳои аввали пайдоиши он мебошад. Барои муайян намудани ин беморӣ дар марҳилаҳои аввали пайдоишаш онро бояд бе пайдо шудани ин аломатҳо оғоз намуд: пайдоиши қавс ё диарея, хун дар фазла, луобпарда ё зардоб, ҳисси дарднокии шикам ва нороҳатии зиёд ё дискомфорт, дамиши шикам ва вазнпартоии бесабаб. Аз ин лиҳоз мо ҳамаи ин аломатҳоро дар назар гирифта, тадқиқ гузаронидем, ки натиҷааш дар замима дарҷ гардидааст. Аз тарафи табибони шуъбаи ташхиси даруннигарии Маркази миллии ташхису табобат ва таълимӣ дар нимсолаи аввали соли 2019 375 ва нимсолаи аввали соли 2018 225 тадқиқҳои ректо-сигмо-колоноскопия (РСК) гузаронида шудааст. Аз шумораи умумии РСК дар 53 ҳолат бемориҳои саратонӣ муайян карда шуданд, ки ин 16,3% мебошад, соли гузашта 36 н ё 16% буд.

Беморон бо саратони бадсифат асосан бо мақсади муайян намудани андоза ва ҷойгирашавии омос равона карда шудаанд. Шумораи умумии онҳо 24 н, ки мардҳо 16 ва занҳо 8 нафаранд. Синну солашон аз 34 то 82 солро ташкил медиҳад.

Шумораи бемориҳои аввалии саратонӣ ё нексифат, ки асосан полипҳо мебошанд, 29 тоанд, ки 18 нафарашон мардҳоанд. Синну солашон аз 9 то 70. Муҳлати ё давомнокии беморӣ аз 1 моҳ то 2 солу 2 моҳ буданд. Аломатҳои, ки боиси ташрифи онҳо ба табибон шуданд, инҳоянд: нороҳатии умумӣ ё дискомфорт – 8 ҳолат, бандшавии иштиҳо – 2 ҳолат, вазнпартоии бесабаб – 4, диарея – 7, қабз (запор) – 18, хунравӣ – 21 ва хуни ниҳон дар ахлот – 10 ҳолат. Агар онро дар назар гирем, ки ин беморон асосан аз тарафи табибони соҳаи колопроктология ва гастроэнтерологҳо равона карда шудаанд, пас бо дастгирии дигар мутахассисони соҳаҳои дигар шумораи беморон ва мутаносибан муайян намудани саратони аввалии колоректалӣ зиёд мешавад, ки ин барои пешгирии бемориҳои саратонӣ нақши муҳиме мешавад.

Хулоса: Барои дар сатҳи баланд гузаронидани скрининг аввалан бояд муассисаҳои, ки ба он ҷалб карда мешаванд бо таҷҳизотҳои муосири даруннигарӣ таъмин карда шаванд. Масъалаи мутахассисони соҳибтаҷриба низ бояд дар мадди аввал бошад, чунки натиҷаи дилхоҳ аз фаъолияти онҳо вобастагии зиёд дорад. Маълумотнокии мутахассисон ва аҳоли оид ба моҳият ва фойданокии колоноскопия, ки бо роҳҳои ташкили суҳбат, баромад дар радио ва ТВ, чоп намудани тезису мақолаҳо дар нашрияҳои соҳавӣ ва давравӣ, ба роҳ монда шаванд. Масъалаи асосие, ки баъдан бояд ҳалли худро ёбад ин дастрас будани тадқиқи колоноскопия ба аҳоли (бо роҳи дастгирии сарпарастон, ширкатҳои суғуртавӣ ва ғ.) ва дастгирии ба роҳандозии тадқиқоти скринингии пешгирӣ, муайяннамоӣ ва табобати саратони аввалии роштрӯда ва рӯдаи ғафс дар сатҳи ҳамаи МТП-ии Чумхурӣ.

Адабиёт

1. В.В.Егоренков, Ф.В.Моисеенко Скрининги саратони рӯдаи ғафс ©, с. 2010 Практическая онкология • Т. 11, № 2 – 2010
2. Сифати колоноскопия. Барномаи таълимии Чамбияти табибони даруннигарии Федератсияи Россия с. 2019
3. Скрининги саратони колоректалӣ. Дастури амалии Чамбияти умумичаҳонии гастроэнтерологҳо ва Иттиҳоди Байналхалқӣ оид ба пешгирии бемориҳои саратонии узвҳои ҳозима
4. Шабакаи ҷаҳонии Интернет.

СИНДАКТИЛИЯ КИСТИ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Махмадқулова Н.А. Маликов М.Х., Ибрагимов Э.К.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. РНЦССХ

Актуальность. Хирургическое лечение врожденной синдактилии пальцев кисти является одной из наиболее актуальных проблем в области реконструктивной и эстетической микрохирургии. Многие направления этой патологии до сих пор остаются малоизученными, аспекты хирургической её коррекции также остаются до конца нерешенными [1].

Среди различных форм аномалий развития кисти синдактилия занимает ведущее место. Несмотря на применение самых разнообразных методов коррекции и широкое использование местно-пластических операций в ряде случаев результаты коррекции остаются малоутешительными, рецидивы, вторичные деформации и контрактуры пальцев требуют применения более сложных и нередко поэтапных операций [2].

Широкое внедрение микрохирургических методов операции, применение оптического увеличения и использование атравматического шовного материала намного улучшили эстетические и функциональные результаты лечения. Использование ангиографии при сложных видах патологии намного предотвратило развитие осложнений при выполнении операции и в послеоперационном периоде. Вместе с тем резко снизились частота рецидива патологии, развитие вторичных деформаций и контрактур разобщенных пальцев [3].

Другим более важным аспектом хирургической коррекции синдактилия является определение сроков выполнения операции. Ряд авторов предлагает устранение патологии в ранние сроки, тогда как другие приемлемым считают оперировать детей до возраста скелетной зрелости [1,4].

На большом опыте лечения патологии мы пришли к выводу, что при простых формах патологии оптимальным сроком разобщения пальцев является возраст 8-10 лет при условии, что пальцы не отстают в физическом развитии и не имеются другие деформации. Тогда как выполнение операции в более поздних сроках при сложных формах синдактилии, либо при наличии других пороков развития кисти риск развития различных деформаций и

осложнений становится больше. В связи с этим коррекция патологии в 3-4 летнем возрасте даёт наиболее хорошие эстетические и функциональные результаты.

Цель исследования. Целью настоящей работы является усовершенствование методов хирургической коррекции синдактилии и профилактика рецидива и вторичных деформаций пальцев кисти.

Материал и методы исследования. Хирургическое лечение проведено 43 детям в возрасте от 3 до 14 лет с врожденной синдактилией кисти за период с 2000 по 2019 годы. Дети находились на лечении в лечебно-диагностическом отделении ТГМУ имени Абуали ибни Сино (6) и отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ (37). Случаи рецидива патологии в данное исследование не были включены.

Двухсторонняя синдактилия имела место у 15 пациентов. Родственные связи отмечали у родителей 5 пациентов. При опросе было выявлено, что у 9 также имела патология у братьев и сестёр.

При объективном осмотре было установлено, что среди 43 пациентов сращение II-III-IV-V пальцев имело место у 6, II-III пальцев – у 10 и III-IV – у 20 детей. Сращение II-III-IV пальцев имело место у 5 пациентов. В редких наблюдениях (2) отмечалось сращение I-II пальцев.

У обследованных детей наличие контрактур и деформации не было выявлено, однако отклонение сращённых III-IV пальцев в локтевую сторону кисти имело место у 13 пациентов.

При определении сенсорной и двигательной активности сращённых пальцев отклонение от нормы не было отмечено.

С целью дополнительной диагностики были использованы: рентгенография кистей (43), электротермометрия (21), ультразвуковая доплерография (25) и ангиография конечностей (8).

Результаты исследования и их обсуждение. Все дети были оперированы под общим обезболиванием, на нижнюю треть плеча были наложены кровоостанавливающие жгуты. Средняя продолжительность ишемии кисти не превышала 30-45 минут.

Всем пациентам предварительно были начертаны линии разреза. Операции исключительно выполнялись под оптическим увеличением с использованием микрохирургической техники, инструментария и атравматического шовного материала.

Во всех случаях с целью разобщения пальцев использовали местно-пластические оперативные вмешательства. При этом в абсолютном большинстве случаев (32) выкраивали треугольные и в 11 случаях П-образные кожно-жировые лоскуты. Межпальцевые промежутки формировали путем выкраивания треугольных лоскутов из ладонной и тыльной поверхностей кисти. Целью формирования межпальцевого промежутка явилось предупреждение развития повторного сращения разобщённых пальцев.

При сращении II-III-IV-V, II-III-IV пальцев и двухстороннем сращении оперативные вмешательства разделили на два этапа. При первом варианте сращения (6) в 4 наблюдениях в первую очередь нами были разобщены сращённые II-III и двум пациентам IV-V пальцы. Спустя 3 месяца были разобщены оставшиеся пальцы. При сращении II-III-IV (5) в 3 наблюдениях сначала были разобщены III-IV, в двух случаях было выполнено устранение синдактилии II-III пальцев.

При двухстороннем сращении пальцев (15) всем пациентам в первую очередь были разобщены пальцы правой кисти.

Острое нарушение кровообращения разобщённых пальцев в первые часы после операции имело место у 5 пациентов. Удаление вставленных подкожно спиц и снятие некоторых швов намного уменьшили натяжение тканей, тем самым удалось улучшить кровообращение разобщённых пальцев. Однако в одном наблюдении принятие вышеуказанных мер, назначение спазмолитиков не привели к успеху и спустя 5 дней после операции из-за некроза ногтевых фаланг III-IV пальцев были сформированы культя.

Результаты в отдалённом периоде изучались у всех оперированных детей. При этом у всех функциональные и эстетические результаты были удовлетворительными, наличие рецидива патологии (неполная форма) имело место у одного ребенка. Вторичные деформации не были отмечены. При рецидиве патологии одному ребенку была предпринята повторная операция с удовлетворительным результатом.

Выводы. Использование прецизионной техники, микрохирургических инструментов и оптического увеличения при разобщении пальцев кисти сводит на ноль наличие рецидива и развитие вторичных деформаций кисти. Адекватное формирование межпальцевых промежутков считается важным этапом операции. Своевременная диагностика и устранение острой ишемии разобщённых пальцев в абсолютном большинстве случаев приводят к успеху.

Список литературы

1. Диагностика и лечение врожденных патологий пальцев кисти / М.Х. Маликов [и др.] // Авчи Зухал. – 2018. - №3. - С.25-31.
2. Заварухин, В.И. История хирургии пороков развития кисти / В.И. Заварухин, А.С. Шерфидинов // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2018. - Том21, №4(67). - С.28-29.
3. Tadiparthi, S. A modification of the Chinese island flap technique for simple incomplete syndactyly release / S. Tadiparthi, A. Mirshra, McArthur // J. Hand Surg. Eur. – 2009. – Vol.34, N1. –P. 99-103.
4. Мадазимов, М.М. Одномоментное устранение деформаций тыльной поверхности стопы и синдактилии / М.М. Мадазимов, А.С. Нуриддинов // Интернаука. – 2018. - №15-1(49). - С. 31-32.

РОЛЬ РЕТИНАЛЬНОЙ КАМЕРЫ SMARTSCOPE PRO В ФОТОДОКУМЕНТАЦИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ

Махмадов Ш.К., Халимова З.С., Рахимова З.И., Гулов Б.Н.

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Ретинальную камеру Smartscope Pro отличает лёгкость применения и портативность. Это позволяет проводить полноценное обследование даже пациентам с ограниченной мобильностью. Обследование проводится без расширения зрачка, что позволяет снизить негативные последствия применения мидриатиков на сердечно-сосудистую систему, что является важным фактором при обследовании пациентов с гипертонической болезнью. Данные обследования, возможно, сохранять на персональном компьютере, что позволяет вести наблюдение и консультацию со специалистами на расстоянии. Высокий риск развития осложнений со стороны органа зрения при гипертонической болезни требует поиска более надёжных и своевременных методов обследования [1,2].

Цель исследования. Определить значимость офтальмологического обследования немидриатической ретинальной камерой Smartscope Pro для фотодокументации гипертонических изменений на глазном дне.

Материал и методы исследования. В 2017 году на базе кафедры офтальмологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино нами было обследовано 28 пациентов с гипертонической болезнью. Традиционная офтальмоскопия была мало информативна вследствие плавающих помутнений в стекловидном теле и склеротических изменений в хрусталике. У всех 28 пациентов гипертоническая болезнь была диагностирована более 8 лет назад. Средний возраст составил $59,2 \pm 0,01$ лет. Острота зрения в среднем – 0,4 без коррекции и 0,6 с коррекцией. Всем пациентам было произведено фотографирование глазного дна немидриатической ретинальной камерой Smartscope Pro.

Результаты исследования и их обсуждение. В связи с помутнениями в оптических средах при прямой офтальмоскопии множество патологических признаков не было диагностировано. У всех 28 пациентов на глазном дне отмечены признаки гипертонической ангиопатии сетчатки в виде симптома Салюса-Гунна, сужение артерий. У 2 – признаки острой нейропатии зрительного нерва – отёк диска зрительного нерва, ишемические изменения. У 7 пациентов отмечены петехиальные кровоизлияния, у 1 – тромбоз центральной вены сетчатки, что проявилось в виде симптома «раздавленного помидора». У 3 наблюдался отёк в макулярной области, ватообразные очаги.

В случае упущения деталей гипертонических изменений зрительного нерва, сетчатки и несвоевременного их лечения имелся высокий риск потери большей части зрительных функций пациентом.

Также фотодокументация изменений на глазном дне позволила проводить он-лайн консультации ведущих специалистов с минимальными временными потерями.

Выводы. Таким образом, результаты исследования позволили выявить высокую информативность немидриатической ретинальной камеры Smartscope Pro для фотодокументации изменений на глазном дне, что позволило выбрать наиболее рациональные методы лечения органа зрения при гипертонической ангионейроретинопатии.

Список литературы

1. Даниличев В.Ф. Современная офтальмология. Руководство для врачей. – СПб., 2018. – С. 62-64.
2. Шершевская О.И. Изменения органа зрения при некоторых сердечно-сосудистых заболеваниях / О.И. Шершевская // – М.; Медицина, 2014. – 255 с.

НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ РАЗВИТИИ ГИДРОФТАЛЬМА

Махмадов Ш.К., Кадырова Н.А., Рахимова З.И.

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Врождённая глаукома чаще, чем другие глазные болезни, приводит к ранней слепоте и инвалидизации детей, особенно первых лет жизни [1,2]. В основе этиопатогенеза гидрофтальма лежат аномалии развития угла передней камеры и дренажной системы глаза, создающие препятствие оттоку внутриглазной жидкости или в значительной степени, затрудняющие его. Это приводит к повышению внутриглазного давления и последующей слепоте ребёнка, т.е. его инвалидизации. Основой профилактики слепоты при врождённой глаукоме является её ранняя диагностика и своевременное лечение.

Особенно часто данная патология проявляется при воздействии неблагоприятных факторов в первый триместр беременности матери. К ним можно отнести такие факторы как радиационное излучение, сброс в окружающую среду отходов производства при переработке металлосодержащих руд и т.д.

Цель исследования. Определить наиболее высокий уровень инвалидизации по гидрофтальму в регионах Таджикистана, а также частотой двустороннего поражения органа зрения данной аномалией развития.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе детского глазного отделения ГУ Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш». Были проанализированы 43 истории болезни (72 глаза) пациентов с гидрофтальмом, из них 12 девочек – 19 глаз (26,4%), двусторонний гидрофтальм был отмечен в 86,4% случаев, 31 мальчик – 53 глаза (73,6%), двустороннее поражение диагностировано в 85,5%, в возрасте от 14 лет до 1 года.

Все пациенты были разделены на 4 группы в зависимости от региона проживания: 1. Душанбе; 2. Хатлонская область (Курган-тубе, Бохтар, Кумсангир, Фархор, Кабодиён); 3. Районы республиканского подчинения (Рудаки, Турсун-заде, Гиссар, Шахринав); 4. Согдийская область (Пенджикент, Айни).

Результаты исследования и их обсуждение. В первой группе было выявлено 6 пациентов – 10 глаз (13,9%), во второй 12 больных – 17 глаз (23,6%), в третьей 23 пациента – 42 глаза (58,3%), в четвёртой 2 ребёнка –

3 глаза (4,2%). Двустороннее поражение в первой группе составило 83,3% случаев, во второй группе - 70,8%, в третьей - 91,3%, в четвёртой оба глаза затронуты в 75%. Малое количество пациентов в четвёртой группе можно связать с отдалённостью района, а также наличием регионального специализированного глазного центра в г. Худжанд. Наиболее высокая частота заболеваемости гидрофтальмом была отмечена в г. Турсун-заде – 11 человек – 19 глаз (26,4% от общего количества обследованных) и в г. Душанбе – 6 человек – 10 глаз (13,9%). Также можно отметить, что двустороннее поражение глаз гидрофтальмом наиболее часто встречается в вышеуказанных городах - 86,4% и 83,3% соответственно. Это можно связать с нарушением экологических норм (ТадАЗ в г. Турсун-заде), которые возможно оказывают негативное влияние на развивающийся плод.

Выводы. Наиболее высокая инвалидизация детей с гидрофтальмом, а также аномалия, при которой отмечается двустороннее поражение органа зрения, встречается в регионах с негативной экологической обстановкой.

Список литературы

1. Крыжановская Т.В. Врождённая, наследственная и рано приобретённая патология глаз в Украине / Т.В. Крыжановская // Тезисы и лекции I конф. дет. офтальмол. Украины. – Киев, 2018. – С. 168-177.
2. Хватова А.В. Основные причины слепоты и слабовидения у детей и пути их профилактики / А.В. Хватова // Профилактика слепоты и слабовидения у детей: материалы научно-практ. конф. детск. офт. – Москва, 2016. – С. 3-12.

МУКОЦИЛИАРНЫЙ ТРАНСПОРТ И ХАРАКТЕР НОСОВОГО СЕКРЕТА У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НОСА

Махмудназаров М.И., Тохирова М.Г., Бекназарова Г.М.

Кафедра оториноларингологии им. Ю.Б. Исхаки ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Одним из важных звеньев, осуществляющих местную защитную функцию носа, является двигательная активность цилиарного аппарата слизистой оболочки полости носа [1,2]. При этом, состояние мукоцилиарного транспорта (МЦТ) в значительной степени зависит от количественных и качественных характеристик носового секрета. В свою очередь, источником секрета, покрывающего эпителий полости носа являются железы слизистой оболочки (бокаловидные клетки, секрет слезных и Боуменовых желез). [3, 4]. В состав носового секрета обычно входят белки, углеводы, фосфолипиды и электролиты. Все это в комплексе создает кислотно-щелочное равновесие (КЩР). Носовой секрет у здоровых людей имеет рН $7,4 \pm 0,31$. Состояние рН оказывает существенное влияние на многие биохимические процессы, происходящие в полости носа и оптимальное соотношение перечисленных компонентов обеспечивает равномерное распределение носового секрета на поверхности слизистой оболочки [3].

Поддержание оптимальной концентрации в различных средах организма ионов водорода (H^+) и гидроксильных анионов (OH^-), непрерывно образующихся при диссоциации электролитов, является одним из важнейших параметров гомеостаза. Воспалительные процессы слизистой оболочки полости носа и ОНП сопровождаются нарушением ее основных функций, в частности, ее защитной функции [1, 2].

Анализ отечественной и зарубежной литературы по МЦТ и КЩР слизистой оболочки полости носа показал, что работы, посвященные исследованию двигательной активности цилиарного аппарата слизистой оболочки и состоянию кислотно-щелочного равновесия у больных с сочетанной патологией носа, единичны. В связи с этим, оценка главного звена функционального состояния слизистой оболочки полости носа, т.е. мукоцилиарного транспорта и кислотно-щелочного равновесия представляет актуальность в плане ранней диагностики и комплексного лечения сочетанных патологий полости носа.

Цель исследования. Определение двигательной активности цилиарного аппарата и состояние кислотно-щелочного равновесия носового секрета у больных с сочетанной патологией полости носа.

Материал и методы исследования. В настоящее исследование включено 156 больных с деформацией носа, сочетанной с искривлением носовой перегородки и с гипертрофией носовых раковин, которые находились под нашим наблюдением в оториноларингологическом отделении НМЦ РТ. Возраст больных колебался от 16 до 48 лет. Мужчин было 98, женщин – 58. Пациентам, кроме оториноларингологического, клинико-лабораторного и рентгенологического обследования было проведено исследование двигательной активности МЦТ и состояние КЩР слизистой оболочки полости носа. Для определения скорости мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки носа применили тест с сахаринном, описанный G. Puchelle (1981). Кристалл сахарина размером 1 мм наносили на передний конец нижней носовой раковины и фиксировали время от момента установки сахарина до ощущения пациентом сладкого вкуса во рту. Кислотно-щелочное равновесие исследовали с помощью полосок индикаторной бумаги “Phan”, которую вводили в полость носа и по динамике изменения цвета бумаги определяли рН носового секрета. Данные исследования мы проводили поочередно в левой и правой половине носа, а из полученных данных вычислялось среднее значение.

Результаты исследования и их обсуждение. Основными жалобами больных были изменение формы носа, затрудненное носовое дыхание, выделения из носа, понижение чувства обоняния, повышенная утомляемость при физической нагрузке, головные боли, ночной храп и нарушение сна. При этом, 84 (53,8%) обследованных отмечали одностороннее и 72(46,2%) - двустороннее затруднение носового дыхания. На выделения из носа жаловались всего 152 (97,4%) больных, из них 137 (87,8%) на слизистые и 15(9,6%) - на слизисто-гнойные выделения. Нарушение обоняния отметили 143 (91,7%) пациента. Нарушение формы наружного носа различного характера отмечали все пациенты. Так, у 72 (46,2%) больных диагностировали риносколиоз, у 35 (22,4%) – ринолордоз, у 29 (18,6%) – ринокифоз и у 20 (12,8%) - комбинированную деформацию носа.

При риноскопии у 46 (29,5%) больных отмечались шипы и гребени перегородки носа, у 39 (25,0%) - вывих и смещение четырехугольного хряща, у 32 (20,4%) - S – образная девиация перегородки, у 27 (17,3%) S – образное её искривление и у 12 (7,7%) пациентов - утолщение и искривление костного дна носовой перегородки. Кроме этого, у 105 пациентов выявлена гипертрофия нижних носовых раковин и у 51 - гипертрофия нижних и средних носовых раковин. При этом, односторонняя гипертрофия носовых раковин наблюдалась у 78, двусторонняя – у 27 больных. Гиперемия и набухлость слизистой полости носа и носовых раковин наблюдались у 149 (95,5%). Патологическое содержимое в носовой полости обнаружено у 152 (97,4%) больных, из которых слизистое содержимое – у 147 (94,2%) и слизисто-гнойное - у 33 (11,8%) пациентов.

В результате исследования выявлены нарушения транспортной функции мерцательного эпителия различной степени у всех обследованных нами больных. Нарушение функции МЦТ классифицировали по трем общепринятым степеням. 1 степень - 20-30 мин; 2 степень - 31-60 мин; 3 степень - более 60 мин. Нормальным показателем МЦТ считали 14,2±3,5 мин. Снижение скорости МЦТ 11 степени выявлено у 56(45,2%) больных и 111 степени - у 68(54,8%) пациентов с сочетанной патологией носа и носовой полости. При этом, средние показатели МЦТ составили от 32,5 до 75.2 мин. при норме 15-25 мин., что указывает на значительное снижение скорости мукоцилиарного транспорта у данной категории больных. Что касается состояния КЩР слизистой полости носа, то у большинства наших пациентов рН составил $7,5\pm 0,5$ в среднем, что указывает на сдвиг рН в щелочную сторону.

Выводы. 1. Таким образом, сочетанная патология носа и внутриносовых структур отрицательно сказывается на функциональном состоянии слизистой оболочки полости носа. При этом происходит изменение кислотно-основного равновесия и угнетение мукоцилиарного транспорта слизистой оболочки полости носа. 2. Выраженные расстройства двигательной активности мерцательного эпителия, т.е. защитной функции носа объясняется наличием деформации носа, сочетанной с разными вариантами искривления носовой перегородки и гипертрофией носовых раковин.

Список литературы

1. Захаров, Г.З. Основные параметры двигательной активности ресничек эпителия верхних дыхательных путей в диагностике хронических риносинуситов / Г.З. Захаров, В.В. Шабалин, Ю.К. Янов // Росс. Оториноларингология. - 2005. - № 3(16). - С. 27-31.
2. Магомедов, М.М. Кислотно-основное равновесие и мукоцилиарный клиренс в полости носа при хроническом рините и воспалительных заболеваниях ОНП / М.М. Магомедов, Г.М. Магомедов / Вестник оториноларингологии. - 2013. - №2. - С. 43-45.
3. Махмудназаров, М.И. Функциональное состояние носа у больных с деформацией носовой перегородки / М.И. Махмудназаров, Ш.Ш. Туйдиев, М.С. Азизова // Материалы IV съезда оториноларингологов Узбекистана. - Ташкент, 2015. - С.80.
4. Пискунов, В.С. Функциональные и морфологические изменения слизистой оболочки при деформации перегородки носа / В.С. Пискунов, О.Ю. Мезенцева // Вестник оториноларингологии. – 2011. - №1. - С. 13-15.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМАЦИЕЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАННОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ НОСОВЫХ РАКОВИН

Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Ахророва З.А.

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Несмотря на существенные позитивные сдвиги в отечественной ринологии заболевания носа и околоносовых пазух по-прежнему сохраняют лидерство среди патологии верхних дыхательных путей. По данным отечественных и зарубежных авторов, деформации носовой перегородки и хронический гипертрофический ринит являются самой распространенной патологией в структуре оториноларингологических заболеваний. Удельный вес таких заболеваний составляет от 23 до 31% от всех проводимых в ЛОР стационаре по плановым показаниям операций []. Деформация перегородки носа (ПН) и гипертрофия носовых раковин являются одной из основных причин хронической назальной обструкции.

Патологические процессы в полости носа, ведущие к нарушению носового дыхания и другим функциональным изменениям, могут быть вызваны сочетанием нескольких причин, а пациенты с наличием воспалительных заболеваний полости носа относятся к сложной категории и пока нет единого мнения о тактике и последовательности хирургического вмешательства в этой ситуации.

Вопросы одномоментного хирургического вмешательства на перегородке носа и на носовых раковинах или поэтапная хирургия при различного рода деформациях носовой перегородки, сочетанных с патологией носовых раковин, в разных возрастных категориях пока еще недостаточно изучены и решение этого вопроса до настоящего времени остается дискуссионным.

Поэтому поиск более оптимальных методов хирургического лечения и ведения послеоперационного периода больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин является актуальной проблемой отечественной ринологии.

Цель исследования. Усовершенствование хирургического лечения больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин.

Материал и методы исследования. В период с 2014 по 2018 годы в оториноларингологическом отделении Национального медицинского центра (НМЦ) РТ, которое является клинической базой кафедры оториноларингологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, нами обследованы и прооперированы 140 больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин, преимущественно в виде кавернозной, фиброзной и полипозной форм гипертрофии носовых раковин. Среди обследованных пациентов мужчин было - 86, женщин – 54,

что составило соответственно - 61,4% и 38,6% . Предоперационное обследование больных проводилось в условиях амбулатории и включало ЭКГ, флюорографию ОГК, рентгенографию ОНП, клинический и биохимический анализ крови, анализ мочи, исследование крови на ВИЧ и на маркеры гепатита В и С, группу крови и её резус принадлежность.

Результаты исследования и их обсуждение. Основными жалобами больных были затрудненное носовое дыхание, выделения из носа, понижение чувства обоняния, повышенная утомляемость при физической нагрузке, ночной храп и нарушение сна. При передней риноскопии и эндоскопическом исследовании у всех пациентов обнаружены деформации носовой перегородки различного характера и направления. Кроме того, у подавляющего числа больных были выявлены умеренная гиперемия и отечность слизистой оболочки полости носа, гипертрофия нижних и средних носовых раковин и наличие патологического секрета в носовых ходах. В частности, у 53 (%) больных выявлено смещение четырехугольного хряща, у 45() - шип и гребень перегородки носа, у 28 (%) - С образная девиация перегородки и 14 (%) S – образное её искривление. Гипертрофия нижних носовых раковин выявлена у 93 пациентов, а у 47 - гипертрофия нижних и средних носовых раковин. При этом, односторонняя гипертрофия носовых раковин наблюдалась у 87, двусторонняя – у 53 больных. В зависимости от характера деформации перегородки носа у 78 (%) пациентов отмечалась гипертрофия правой и у 62 (%) – гипертрофия левой нижних носовых раковин. Причём, гипертрофия нижних носовых раковин чаще наблюдалась на стороне противоположной искривлению перегородки носа.

Показаниями для оперативной коррекции внутриносовых структур служили не только факт деформации носовой перегородки с наличием патологии носовых раковин, а прежде всего, выраженные нарушения функционального состояния носа. Последовательность хирургического вмешательства начинали с операции на перегородке носа с использованием различных вариантов щадящей резекции перегородки носа с последующей коррекцией носовых раковин.

В процессе исследования были усовершенствованы техника выполнения операций на перегородке носа и на носовых раковинах. Например, для ускоренной отслойки мукоперихондрия и мукоперистоа от скелета перегородки носа мы изобрели распатор – отсос (патент ТЖ № 1024). Клинические апробации данного устройства показали его преимущества и большие удобства перед традиционными распаторами. В частности, трубка с диаметром 3 мм очень редко забивается кровяными сгустками во время операции, а длина, диаметр и масса трубки позволяют без труда отслаивать надкостницу глубоких отделов перегородки носа под контролем зрения, т.к. быстро отсасывается появляющаяся кровь из раневой полости по ходу отслойки тканей перегородки носа, что в конечном итоге ускоряет ход оперативного вмешательства с минимальной кровопотерей.

Наш опыт применения различных вариантов септум-операции показал, что методы консервативной септопластики технически намного сложнее, чем традиционная подслизистая резекция носовой перегородки по Киллиану. Производить вертикальные, горизонтальные или круговые разрезы на хряще перегородки носа, в узком операционном поле обычными скальпелями не всегда удается и кроме этого, это создает определенные проблемы для ринохирурга, в связи с чем вопросы усовершенствования хирургической техники остаются актуальными. В этом плане мы успешно применили для хондротомии микроножи из набора инструментов для микрохирургии уха (рац. предложение № 3154/Р-456). Микроножами производили заднюю вертикальную и нижнюю горизонтальную хондротомию, и таким образом, отделяли четырехугольный хрящ от костного отдела перегородки носа. Кроме этого, лопаточными и прямыми микроножами наносили продольные, поперечные и при необходимости круговые разрезы для мобилизации и исправления хряща. Наш опыт применения микроножей для септопластики у 95 больных показал их удобства при работе в узком операционном поле, безопасность и эффективность резки хрящевой ткани микроножами, что в конечном итоге облегчает работу ринохирурга и уменьшает время операции.

По поводу гипертрофии носовых раковин пациентам выполнены ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин (84) и подслизистая вазотомиа (56) носовых раковин. В 12 случаях аномального расположения нижней носовой раковины, когда гипертрофированная носовая раковина достаточно далеко отходила от латеральной стенки полости носа и практически соприкасалась с перегородкой носа. В таких случаях ультразвуковую дезинтеграцию носовых раковин сочетали с одномоментным смещением (латеропозицией) их к латеральной стенке (рац. предл. №3341/Р55608.02.2013). Мы разработали усовершенствованную методику подслизистой вазотомии нижних носовых раковин с эндоназальным распатором, подключенным к электроотсосу без предварительного разреза носовой раковины. Распатор, подключенный к электроотсосу без предварительного разреза вводили в толщу нижней носовой раковины через её передний конец и производили отслойку тканей и разрушение артерио-венозных сплетений последней. При применении модифицированного способа операции ни одного случая заметного кровотечения из операционной раны мы не наблюдали, что объясняется малым размером операционной раны и щадящим отношением к тканям носовой раковины.

Выводы. 1. Клинические апробации распатора – отсоса показали его преимущества, которые позволяют без труда отслаивать надкостницу глубоких отделов перегородки носа под контролем зрения и ускоряют ход оперативного вмешательства с минимальной кровопотерей. 2. Применение микроножей для септопластики показало их удобство, безопасность и эффективность резки хрящевой ткани, что облегчает работу ринохирурга и уменьшает время операции. 3. Модифицированный способ подслизистой вазотомии дает возможность легко отслаивать ткани носовой раковины с одновременным отсасыванием крови из раневой полости, что значительно облегчает работу хирурга во время операции.

Список литературы

1. Вахрамеев, И.Н. Оптимизация методов хирургического лечения искривлений носовой перегородки: автореф. дис. канд. мед. наук / И.Н. Вахрамеев. – Санкт-Петербург, 2011. - 26с.

2. Махмудназаров, М.И. Наш опыт септопластики при деформациях носовой перегородки с использованием микроножов / М.И. Махмудназаров, Ш.Ш. Туйдиев, С.Г. Мехмондустов // Материалы 55-й научно-практической конференции ТГМУ. – Душанбе, 2007. - С. 252-254.
3. Махмудназаров, М.И. Усовершенствованный метод хирургического лечения хронического вазомоторного ринита / М.И. Махмудназаров, Ш.Ш. Туйдиев, М.Л. Арипова // Матер. 61-й научно-практич. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – Душанбе, 2013. - С.381-382.

ПРИМЕНЕНИЕ БРОНХО - МУНАЛА У ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Мехмондустов С.Г., Шоев М.Д., Урунбаева М.Г.

Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Заболевания органов дыхания в детском возрасте продолжают оставаться актуальной медико-социальной проблемой, что обосновано их высокой частотой, трудностями дифференциальной диагностики, риском формирования хронической респираторной патологии, значительным экономическим ущербом.

Важная роль в развитии патологии органов дыхания принадлежит функциональному состоянию иммунной системы, ее фагоцитарным и гуморальным звеньям. Иммунная система слизистой оболочки уникальный, физиологический барьер, регулирующий взаимоотношения между внешним миром и внутренней средой организма. На уровне слизистых оболочек, как барьеров, формируется стратегия организма по отношению к различным внешним агентам. Ведущая роль в реализации этой функции принадлежит иммунной системе слизистых оболочек.

Механизмы иммунных реакций, протекающих в слизистой оболочке до конца не изучены. Это, по всей вероятности, связано со сложностью этиологических процессов, возникающих в результате воздействия вирусов и бактерий, и с оппозитным характером противовирусных и противобактериальных иммунных ответов: если противовирусный ответ предусматривает накопление цитотоксических клеток (Т-лимфоцитов), уничтожающих инфицированные вирусами клетки, то противобактериальный ответ обычно связан с продукцией антител. В этом случае медиаторы клеточного ответа угнетают развитие гуморального ответа и, наоборот, что однако не мешает накоплению противовирусных антител, появление которых связано с функциями CD8⁺, Th1 и Th2-лимфоцитов [1].

Все сказанное еще раз подтверждает особую значимость иммунной системы в развитии воспаления ЛОР-органов.

В связи с этим включение иммунокорректирующих препаратов в систему лечения детей с заболеваниями верхних дыхательных путей является весьма актуальной и имеет научно-практическую и социальную значимость.

Цель исследования. Дать научное обоснование методам коррекции иммунологических нарушений в комплексе лечения детей школьного возраста с заболеваниями органов дыхания и доказать их клиническую эффективность.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 60 детей в возрасте от 7 до 14 лет с заболеваниями органов дыхания в условиях ЛОР-клиники ТГМУ. Исследование проведено по единому плану, включающему общеклинические методы (анамнез; осмотр – риноскопия, фарингоскопия, ларингоскопия) и бактериологическое исследование.

Результаты исследования и их обсуждение. Все дети были распределены на 3 группы: в 1 группу (n=20) вошли дети с ринитами и риносинуситами; во 2 группу (n=20) – с тонзиллитом и фарингитом и в 3 группу (n=20) – с фаринголарингитом и ларингитом.

В зависимости от получаемого лечения дети были разделены на 2 группы. 1 группа детей (n=30) получала бронхомунал. Препарат бронхомунал создан специально для профилактики и лечения бактериальных инфекций верхних дыхательных путей. Будучи иммуномодулятором бактериального происхождения, бронхомунал содержит антигенные фракции 8 наиболее распространенных инфекций верхних дыхательных путей, в том числе *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pyogenes*, *staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella ozaenae*, *Moraxella catarrhalis*. Попадая в организм препарат стимулирует реакции местного и общего иммунитета, подобные тем, которые развиваются в ответ на интервенцию реального возбудителя. Дети получали бронхомунал 7мг по 1 капсуле 1 раз в сутки в течение 12 дней. Этим же детям производили облучение низкоинтенсивным лазерным излучением в непрерывном режиме генерации слизистых оболочек полости носа, глотки и гортани. Время экспозиции 5–10 минут. Курс лечения – 10-12 сеансов.

Для проведения лазерной терапии использовали лазерную установку ЛГН-111 (гелий – неоновый) мощностью на выходе 20 - 25 мВт, генерирующую свет в красной части видимого спектра с длиной волны 632,8 нм, оснащенную волоконным световодом.

2 группе детей (n=30) производили облучение слизистых оболочек полости носа, глотки и гортани лучом гелий-неонового лазера в течение 10-12 дней.

Побочные эффекты на фоне проводимого лечения ни в одной группе детей не отмечены.

Сравнительная оценка эффективности различных вариантов лечения показала, что у детей 1 группы выраженная положительная динамика наблюдалась на 4-5 дней раньше, чем у детей 2 группы.

В результате проведенного лечения у детей 1 группы более выраженное увеличение уровня сывороточных IgA по сравнению с детьми 2 группы.

Таким образом, препарат стимулирует специфические и неспецифические реакции иммунной защиты. Бронхомунал можно применять в амбулаторных и стационарных условиях для лечения заболеваний верхних дыхательных путей (риниты, риносинуситы, тонзиллит, фарингит, фаринголарингит, ларингит и пр.).

Как показали результаты исследований, противовоспалительное действие лазерного излучения и бронхомунала проявляется более эффективно при сочетанном воздействии на патологический очаг, чем при раздельном применении.

Полученные данные позволяют рекомендовать применение бронхомунала и лазерной терапии, как средство иммунокоррекции и иммунореабилитации при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей.

Список литературы

1. Дука, Е.Д. Дискуссионные вопросы иммунокоррекции у детей с повторными респираторными заболеваниями / Е.Д. Дука. – М., 2013. – С. 18.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИПРОСПАНА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ

Мехмондустов С.Г., Муродов Ш.Д., Ятимов Х.Р.

Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Аллергический ринит (АР) является весьма распространённым заболеванием. Частота симптомов АР в России составляет 18-38%. В США АР страдают 20-40 млн людей, распространённость среди детского населения достигает 40%. Чаще болеют мальчики. Несмотря на современные достижения медицины заболеваемость АР постоянно растёт.

По данным ряда авторов, примерно у 45% больных АР предшествует появлению бронхиальной астмы (БА). Такая взаимосвязь АР с БА обусловлена, с одной стороны, общностью механизмов аллергического воспаления в слизистой оболочке верхних и нижних дыхательных путей, а с другой - сложными и многообразными ринобронхиальными взаимоотношениями, важным проявлением которых является бронхиальная гиперреактивность, часто определяемая при АР без каких-либо клинических проявлений БА [1]. Современные антиаллергические препараты купируют симптомы АР кратковременно и малоэффективно.

Все это диктует необходимость нахождения и включения в лечебные мероприятия более совершенных методов и средств, воздействующих на различные звенья формирования и проявления АР. Поэтому поиск и использование более эффективных препаратов для лечения АР является актуальной задачей оториноларингологов.

Цель исследования - оценка эффективности препарата «дипроспан» в монотерапии круглогодичного аллергического ринита (КАР).

Материал и методы исследования. Нами на базе ЛОР-клиники ТГМУ по обращаемости обследовано 17 больных в возрасте от 19 до 37 лет с САР. Мужчин было 6, женщин - 11. Всем пациентам проводили оториноларингологическое обследование и рентгенографию околоносовых пазух (ОНП). Все больные жаловались на водянистые выделения из носа, затруднение носового дыхания, чихание и зуд в полости носа, которые отмечаются весной и осенью. При риноскопии наблюдается выраженная бледность и набухлость слизистой оболочки полости носа и носовых раковин с двух сторон, обильные водянистые выделения из носа. А на рентгенограммах ОНП почти у всех пациентов отмечались разной интенсивности затемнения гайморовых, этмоидальных и/или лобных пазух с одной или с двух сторон.

Критерии включения больных в исследование: диагноз КАР, возраст больных свыше 17 лет.

Критерии исключения: наличие другой патологии полости носа и других соматических заболеваний, являющихся противопоказанием для участия больных в исследовании или затрудняющих оценку результатов исследования.

Больные методом рандомизации в виде подбрасывания монеты были распределены на 2 группы (основная - 9 и контрольная - 8 человек). Исследование включало этапы недельного лечения и последующего наблюдения. Пациентам основной группы вводили внутримышечно дипроспан 1.0 однократно. Больные контрольной группы в течение недели получали традиционную противоаллергическую терапию: лоратадин по 1 таблетке внутрь 1 раз в день, нозейлин 0,1% по 2-3 капли в нос 4 раза в день, электрофорез эндоназально с 0,1% раствором димедрола, полоскание носа физиологическим раствором 4-5 раз в день.

В качестве критериев эффективности лечения определялось наличие или уменьшение клинической симптоматики, а также изменение риноскопической картины полости носа после проведённого лечения.

Безопасность препарата «дипроспан» оценивалась на основании анализа частоты и выраженности нежелательных явлений, отмеченных у пациентов во время проведения исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. К концу лечебного периода у 9 (100%) больных основной группы отмечалось регрессирование и исчезновение таких симптомов, как заложенность и выделения из носа, чихание и зуд в носу. При риноскопии наблюдалось исчезновение набухлости слизистой оболочки и носовых раковин полости носа. В то время как в контрольной группе у 5 (62.5%) пациентов к концу лечения, помимо регрессирования таких симптомов, как выделения из носа, чихание и зуд в носу, всё ещё отмечалась назальная обструкция, обусловленная набуханием слизистой оболочки и носовых раковин полости носа. У 3 (37.5%) больных все симптомы болезни всё ещё сохранялись, и улучшение риноскопической картины не отмечалось.

Во время проведения лечения препаратом дипроспан нежелательных явлений у больных отмечено не было.

Таким образом, проведённое исследование показало, что применение препарата «дипроспан» из группы кортикостероидов по сравнению с традиционным лечением позволяет более эффективно и безопасно за максимально короткие сроки лечения достичь полной ремиссии КАР.

Список литературы

1. Рязанцев, С.В. Международные стандарты терапии аллергического ринита / С.В. Рязанцев // Российская оториноларингология. – 2011 (Приложение). - №2.- С. 400-406.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА У СОБАК С ЕДИНСТВЕННОЙ ОСТАВШЕЙСЯ ПОЧКОЙ ПОСЛЕ ДЕНЕРВАЦИИ В УСЛОВИЯХ НИЗКОГОРЬЯ И ВЫСОКОГОРЬЯ

Мираков Р.С., Ризоев Х.Х., Мираков Х.М., Фахридинов М.Б.
Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан.

Актуальность. Таджикистан является уникальной страной, 93% территории которой занимают горы, где проживает значительная часть населения республики. Поэтому проблемы высокогорной физиологии и реактивности тканей и органов являются актуальными и имеют для республики первостепенное значение.

Несмотря на улучшение методов диагностики, оперативной техники на органах мочеполовой системы, процент нефрэктомии и резекции почки до настоящего времени остаётся ещё на достаточно высоком уровне. [1-2].

Выделительная система организма и, прежде всего, её основной орган - почки, занимает особое место, поскольку нарушения нормального функционирования почек могут оказывать значительное влияние на состояние других систем организма и вызывают изменения систем гомеостаза.

В научной литературе [3,4,5,6] имеются немногочисленные исследования, посвященные изучению функциональной деятельности почек и электролитного баланса при адаптации организма к условиям высокогорья, свидетельствующие о значительном напряжении физиологических систем организма, при влиянии неадекватных факторов высокогорья, однако многие его проблемы остаются нерешенными.

Цель исследования состоит в изучении показателей баланса ионов натрия и калия в крови и мочи после односторонней нефрэктомии и денервации единственной оставшейся почки у экспериментальных животных (собак) в условиях низкогорья и высокогорья.

Материал и методы исследования. Экспериментальные исследования проведены у 56 половозрелых беспородистых собак одной масти – самцов, весом от 10 до 14 кг, из которых 10 были контрольными для долины и высокогорья. Наблюдения проводились в высокогорном экспедиционном лагере Таджикского медицинского университета им. Абуали ибни Сино (перевал Анзоб, высота 3500 м над ур.м.). Контрольные опыты были проведены в центральной научно-исследовательской лаборатории мединститута (г. Душанбе, высота 850 м над ур.м.). Для решения поставленных задач нами было проведено 8 серий опытов. В V-ой серии опытов (6 собак) животных после односторонней нефрэктомии, спустя 2 месяца поднимали в высокогорье; на 2-3-и сутки пребывания в период острой адаптации, производили денервацию единственно оставшейся почки.

Комплексное обследование животных включало общеклинические методы исследования: наблюдение за общим состоянием животных, изучение почечного плазмотока, клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции, фильтрационной фракции, определение концентрации натрия и калия в плазме, эритроцитах и моче, исследование креатинина и остаточного азота в крови, определение минутного диуреза.

Содержание ионов натрия и калия в крови и моче определяли с помощью плазменной фотометрии на отечественном плазменном фотометре ПФМ, по методу В.Н. Бирюкова (1955).

Показатели электролитного баланса определены на 3-10-20-30-е сутки после операции.

Результаты исследования и их обсуждения. Ионы натрия и калия участвуют в поддержании водного баланса, осмотического давления, кислотно-щелочного равновесия, передачи возбуждения и сокращения мышечных волокон - являются важными элементами внутренней среды организма.

Полученные результаты исследования натрия и калия животных с единственной оставшейся денервированной почки в условиях низкогорной долины представлены в таблице 1.

Таблица 1. - Показатели баланса натрия и калия до и после денервации единственной оставшейся почки (г. Душанбе, выс. 850 м над уровнем моря)

Сроки исследования	Статистические показатели	Показатели									
		Натрий плазмы	Калий плазмы	Натрий эритроцитов	Калий эритроцитов	Содержание натрия в 2-х часовой моче	Клиренс натрия	Экскретуемая фракция натрия	Содержание калия в 2-х часовой моче	Клиренс калия	Экскретуемая фракция калия
дни		ммоль/л					мл/мин	%	ммоль/л	мл/мин	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	M	140,5	4,5	115,9	6,0	107,4	1,8	2,6	32,1	16,1	24,4
	m±	1,6	0,05	4,2	0,4	9,4	0,1	0,05	2,6	1,0	1,8
	P	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,001	>0,01	>0,01	<0,05	>0,01	>0,05
	M	165,2	3,6	108,7	5,9	84,9	1,0	3,4	13,1	7,6	24,1
	m±	4,7	0,02	1,8	0,3	6,4	0,05	0,07	1,3	0,5	1,1
	P1	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	<0,001	<0,001	>0,05
	M	148,2	3,7	96,9	5,1	40,6	0,7	2,3	13,2	9,2	30,0
	m±	4,2	0,02	0,8	0,2	3,8	0,03	0,04	1,5	0,7	2,4
	P1	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,001	<0,05	>0,05	<0,01	>0,001	<0,05
	M	147,8	4,0	103,8	5,7	48,2	0,6	1,8	20,8	9,8	28,4
	m±	1,1	0,03	2,5	0,1	4,2	0,01	0,01	1,7	0,6	2,1
	P1	>0,001	>0,05	<0,05	>0,05	<0,001	<0,05	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05
	M	147,8	4,5	94,4	5,6	56,9	1,4	2,7	9,6	7,4	18,4
	m±	1,3	0,04	0,9	0,1	5,8	0,1	0,02	0,8	0,4	1,3
	P	>0,001	>0,05	<0,05	>0,05	>0,01	>0,05	>0,05	<0,01	<0,01	>0,001

Примечание: P - достоверность разницы между показателями баланса электролитов животных с одной и двумя почками; P1 - достоверность разницы между показателями баланса электролитов животных до и после денервации

Натрий. На 3-и сутки после операции в долине у исследованных животных отмечалось достоверное повышение натрия плазмы крови до $165,2 \pm 4,7$ ммоль/л при уменьшении его концентрации в эритроцитах до $108,7 \pm 1,8$ ммоль/л.

Однако внеклеточная гипернатремия в первые сутки денервации единственной оставшейся почки имела временный характер. На 10-е сутки содержание натрия в плазме крови возвращалось к исходным данным и так держалось на 20-е, 30-е сутки наблюдения.

Более заметные изменения после денервации единственной оставшейся почки, отмечалось натриурической её способности. На 3-и сутки эксперимента содержание натрия в 2-х часовой порции мочи снизилось ($84,9 \pm 6,4$ против $107,4 \pm 5,4$ ммоль/л, в основном, за счёт снижения клиренса натрия денервированной почки, а не за счёт повышения реабсорбции, о чем свидетельствует снижение величины клиренса натрия ($1,0 \pm 0,08$ против $1,6 \pm 0,06$ мл/мин), на то время как величина его экскретируемой фракции была несколько выше исходных величин ($3,4 \pm 0,07$ против $2,6 \pm 0,5$ % исходного).

Содержание натрия в моче оставалось низким и во все последующие дни эксперимента, с тенденцией к уменьшению.

Следовательно, гипернатремия в первые сутки после денервации единственной оставшейся почки в основном происходит за счет снижения клиренса натрия.

Калий. Содержание калия в плазме, эритроцитах крови и его экскреции с мочой, также его клиренс и экскретируемая фракция у однопочечных животных колебалась в пределах нормальных величин.

На 3-и сутки после операции, отмечанное достоверное снижение содержание калия в моче наблюдалось на 10-20 и 30 сутки эксперимента. Уменьшение экскреции калия с мочой в основном происходило за счёт снижения его клиренса. Так на 3-и сутки исследования, клиренс калия снизился более чем в 2 раза, продолжая оставаться низким до конца эксперимента. В послеоперационном периоде клиренс калия не превышал $9,8 \pm 0,6$ мл/мин.

Таким образом, полученные данные в эксперименте после денервации единственной оставшейся почки в условиях низкогорья указывают на то, что денервированная почка функционирует хуже, чем интактная, причём охватывая все её основные функции, включая и ионнорегулирующие.

Полученные результаты исследования натрия и калия животных до и после денервации единственной оставшейся почки в условиях высокогорья представлены в таблице 2.

Таблица 2. - Показатели баланса натрия и калия до и после денервации единственной оставшейся почки (пер.Анзоб, выс. 3500 м над уровнем моря)

Сроки исследования	Статистические показатели	Показатели									
		Натрий плазмы	Калий плазмы	Натрий эритроцитов	Калий эритроцитов	Содержание натрия в 2-х часовой моче	Клиренс натрия	Экскретируемая фракция натрия	Содержание калия в 2-х часовой моче	Клиренс калия	Экскретируемая фракция калия
дни		ммоль/л					мл/мин	%	ммоль/л	мл/мин	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	M	122,5	4,6	117,8	4,3	30,7	0,5	1,2	12,0	5,6	12,8
	m±	1,2	0,06	2,7	0,1	2,8	0,01	0,02	1,0	0,6	0,5
	P	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
	M	144,7	6,1	124,6	6,0	71,2	0,3	1,9	15,6	1,3	9,6
	m±	1,9	0,1	2,5	0,3	3,6	0,01	0,04	1,6	0,4	0,3
	P1	<0,01	>0,05	<0,05	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05
	P2	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05
	M	137,7	6,7	161,3	5,6	19,2	0,1	0,6	16,3	2,5	11,2
	m±	1,4	0,08	5,6	0,2	1,4	0,01	0,01	1,2	0,2	0,6
	P1	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05
	P2	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
	M	135,1	5,3	167,3	5,1	55,7	0,4	1,8	14,2	3,4	13,2
	m±	1,9	0,06	6,3	0,2	2,7	0,01	0,03	0,8	0,1	0,6
	P1	<0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	P2	<0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05
	M	135,6	5,9	177,2	6,2	58,4	0,6	2,1	11,2	3,2	11,8
	m±	1,6	0,05	6,8	0,3	5,1	0,02	0,04	0,8	0,4	0,4
	P1	0,05	0,05	0,01	0,05	0,01	0,05	0,01	0,05	0,05	0,05
	P2	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05

Примечание: P - достоверность разницы между показателями баланса натрия и калия животных с одной и двумя почками; P1 - достоверность разницы между показателями баланса натрия и калия животных до и после денервации единственной почки в высокогорье; P2 - достоверность разницы между показателями баланса натрия и калия животных после денервации единственной почки в низкогорье и высокогорье

Из приведенных в таблице 2 данных явствует то, что на 3-й день пребывания животных с единственной оставшейся почкой, которая реагирует на воздействие гипоксии и других экспериментальных факторов горного климата умеренной гипернатремии. С достоверным уменьшением экскреции натрия ($71,2 \pm 3,6$ против $90,8 \pm 4,9$ ммоль/л) и калия ($15,6 \pm 1,6$ против $18,8 \pm 1,8$ ммоль/л) по сравнению с данными до подъёма на высоту.

Натрий. На 3-и сутки после денервации почки содержание натрия в плазме было $144,7 \pm 1,9$ ммоль/л, на 20-30-е сутки соответственно $135,2 \pm 1,9$; $135,6 \pm 1,6$ ммоль/л.

Подобно внеклеточной гипернатремии после денервации почки в высокогорье отмечалось увеличение ($P < 0,01$) натрия в эритроцитах. До операции было $117,8 \pm 2,7$ ммоль/л, то на 3-и сутки после операции составлял $124,6 \pm 2,5$ ммоль/л, на 10 – е $161,6 \pm 5,5$; на 20-е $167,3 \pm 6,3$ и на 30-е $177,2 \pm 6,8$ ммоль/л.

На 3-и сутки после операции содержание натрия в 2-часовой моче увеличилось в два раза, то его клиренс наоборот, уменьшился в 2 раза, а экскретируемая фракция повысилась на 42%.

В низкогорье на 30-и сутки после операции клиренс натрия приближался к дооперационным величинам, в высокогорье этот показатель по сравнению с дооперационными данными оставался ниже более чем в 2 раза ($0,6 \pm 0,02$ мл/мин, против $61,3 \pm 0,03$ мл/мин).

Таким образом, денервация единственной почки оставшейся после высокогорья приводит к заметному нарушению натриурической способности почки.

Калий. После операции отмечено повышение концентрации калия в плазме крови. На 3-10 сутки после операции уровень калия в плазме составлял $6,1 \pm 0,1$; $6,7 \pm 0,08$ ммоль/л соответственно. Концентрация калия в плазме крови оставалась высокой и на 20-30 сутки.

В эритроцитах содержание калия после операции было более стабильно.

Изменения содержания калия в моче подобно натрию было не выраженным при заметном снижении клиренса и экскретируемой фракции калия.

На 3-и сутки после операции клиренс калия снизился до $1,3 \pm 0,4$ против $8,5 \pm 0,6$ мл/мин, экскретируемая фракция калия была отмечена на 10-20-30 сутки.

Выводы. Таким образом, денервация почки приводит к нарушению всех основных её функций. Воздействие комплекса неблагоприятных факторов высокогорья усугубляет течение после операционного периода продлевает олигоанурическую стадию почечной недостаточности.

Список литературы

1. Аляев, Ю.Г. Локализованный и местно-распространенный рак почки: нефрэктомия или резекция / Ю.Г. Аляев, А.А. Крапивин // Онкоурология. - 2005. - №1 - С.10-15.
2. Продолжительность традиционной нефрэктомии в зависимости от причин, приводящих к органуносящей операции /А.Ю. Одилов, З.А. Кадыров, А.А. Холалиев, Ф.И. Мухаммадиев // Сборник материалов второго Съезда врачей Республики Таджикистан «Современные принципы профилактики, диагностики и лечения соматических заболеваний». – Душанбе, 2009. – С. 129-130.
3. Мираков, Р.С. Особенности изменения электролитного баланса у собак с единственной резецированной почкой при реадaptации к высокогорью // Доклады Академии наук Республик Таджикистан. – Душанбе, 2013. – Т.56, №1. – С.82-87.
4. Мираков, Р.С. Функциональное состояние единственной резецированной почки в период реадaptации к высокогорью / Р.С. Мираков // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – Душанбе, 2013. – Т.56, №2. – С. 171-176.
5. Шукуров, Ф.А. Прогнозирование оптимального срока пребывания человека в условиях высокогорья / Ф.А. Шукуров // Физиология. – Казахстан, 2018. - №2 (1). – С. 60-64.
6. Мираков, Р.С. Показатели функциональной деятельности единственной оставшейся почки после денервации в условиях низкогорья и высокогорья / Р.С. Мираков // Известия национальной Академии наук Кыргызской Республики. - 2019. - №4.- С.38-43.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ

Мирзахмедов М.М.

Ташкентская Медицинская Академия. Республиканская Клиническая Больница №1. г. Ташкент. Узбекистан

Болезнь Гиршпрунга (БГ) - является одним из тяжелых пороков развития толстой кишки и занимает одно из ведущих мест в структуре патологии пищеварительного тракта. Несмотря на современное развитие колопроктологии, проблема диагностики и лечения БГ у взрослых до настоящего времени остается актуальной и не решенной в полной мере [1,3]. Многие из подобных больных получают своевременную и адекватную помощь у детских хирургов, в то же время существуют определенные формы заболевания, которые в полной мере развиваются лишь у взрослых [5].

Поэтому важную роль играет ранняя диагностика БГ у взрослых. Наш опыт свидетельствует о том, что случаи первичной диагностики этого заболевания у взрослых не единичны. Существует и экономическая сторона проблемы: пик заболеваемости БГ у взрослых выявляется на 20-40 лет, это наиболее работоспособные и общественно активные члены общества [2,4].

Целью нашего исследования явилось определить наиболее эффективных способ операций и тактики лечения при БГ у взрослых.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования послужили 86 больных с болезнью Гиршпрунга, обследованных и получивших лечение в отделении колопроктологии при РКБ№1 МЗ РУз. С 1992 по 2019гг. Из 86 больных мужчин было 62 (71%), женщин – 24 (28,9%).

Болезнь Гиршпрунга диагностировали на основании результатов комплекса клинических, специальных и функциональных метод исследования. В отделении колопроктологии при РКБ№1 МЗ РУз разработана и внедрена

алгоритм диагностика и специальная схема обследования, позволяющая дифференцировать болезнь Гиршпрунга от других видов мегаколона у взрослых.

Пациенты были разделены на 2 группы: 29 (35%) больным основной группы выполнена операция брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимальных участков толстой кишки в анальный канал: у 54(65%) пациентов контрольной группы произведена операция Дюамеля в модификации РФ колопроктологии. Больные двух групп были сопоставимы по полу и возрасту.

Диагностика БГ основывается на клинической картине и данных обследования. Клинические проявления БГ обусловлены отсутствием перистальтики в пораженной зоне и компенсаторными изменениями в вышележащих отделах толстой кишки. В НЦ колопроктологии МЗ РУз разработана схема обследования, и алгоритм диагностики позволяющие дифференцировать болезнь Гиршпрунга от других видов мегаколона.

Результаты исследования и их обсуждение. Подготовка к хирургическому лечению больных с болезнью Гиршпрунга ставит перед врачом ряд сложных задач, связанных как с наличием длительно существующих в просвете кишки каловых камней, вызывающих пролежни, неэффективностью слабительных средств, так и с выраженной каловой интоксикацией организма больного. Особое внимание мы уделяли подготовке и очищению кишечника, так как иногда от этого зависит успех операции. Главной целью хирургического лечения болезни Гиршпрунга является удаление гипо- или аганглионарной зоны, адекватная резекция декомпенсированных расширенных отделов и сохранение функционирующей проксимальной части толстой кишки.

С целью улучшения результатов лечения болезни Гиршпрунга нами проведен анализ причин неудовлетворительных результатов традиционных методов хирургического вмешательства.

Учитывая неудовлетворительные отдаленные функциональные результаты лечения в контрольной группе пациентов, с 2002 г. на основе вышеприведенных литературных данных, собственного клинического опыта и результатам нейроморфологических исследований макропрепаратов толстой кишки был предложен и внедрен новый модифицированный способ хирургического лечения – брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением функционирующих проксимальных отделов толстой кишки (получен патент от Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан № IAP 05140 от 17.12.2015 г).

Мы разработали модифицированный способ хирургического лечения при болезни Гиршпрунга у взрослых. Отличие предложенного нами способа заключается в том, что мы рекомендуем производить мобилизацию ближе к задней стенке прямой кишки, чтобы не повредить крестцовые вены, а также для уменьшения образования полости малого таза, травматизации нервных стволов, идущих к малому тазу. После этого низводим проксимальный участок ободочной кишки в анальный канал с избытком длиной 4-5 см (его мы отсекаем через 14 дней после операции). После низведения дренируем пресакральную область (сзади низведенной кишки) с помощью разработанной в нашей клинике специальной дренажной трубки для проведения лаважа (промывания озонированной жидкостью) и тщательно восстанавливаем целостность тазовой брюшины, так как это предупреждает распространение гнойно-воспалительного процесса, а также предотвращает попадание промывной жидкости в брюшную полость при орошении (получен патент от Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан № IAP 05140 от 17.12.2015 г).

Одноэтапное хирургическое лечение было проведено у 71 (85,5%) взрослых пациентов с болезнью Гиршпрунга: 27 (38%) из них выполнена БАР прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал с наложением колоанального анастомоза (1-я группа, основная); 44 (62%) – операция Дюамеля в модификации ГНЦ колопроктологии РФ (2-я группа, контрольная).

Многоэтапному хирургическому лечению были подвергнуты 12 (16,9%) больных (2 основной и 10 контрольной группы). Оно позволило не только улучшить общее состояние больных, ликвидировать кишечную непроходимость, но и сохранить часть ободочной кишки при выполнении основного этапа операции. Оно позволило не только улучшить общее состояние больных, ликвидировать кишечную непроходимость, но и сохранить часть ободочной кишки при выполнении основного этапа операции. Сроки выполнения второго этапа хирургического лечения составляли 6-18 месяцев и зависели, главным образом, от общего состояния пациента, наличия или отсутствия воспалительных изменений в культе прямой кишки, состояния проксимальных отделов толстой кишки, что диктовало необходимость многоэтапного лечения. Ближайшие результаты хирургического лечения взрослых больных с болезнью Гиршпрунга оценивали во время их пребывания в клинике после оперативного лечения. Послеоперационные осложнения отмечались у 18 (22%) больных (4 -из основной и 14 - контрольной группы). Поздние послеоперационные осложнения после БАР прямой кишки наблюдались у 8 (9,8%) пациентов; у 2 (25%) из них была частичная стриктура низведенной кишки. После операции Дюамеля в модификации осложнения в виде стриктуры колоректального анастомоза развились у 6 (75%) пациентов. Влияние длины аганглионарного сегмента и распространенности супрастенотического расширения на отдаленные результаты лечения изучено у 26 больных основной группы, перенесших БАР прямой кишки с низведением. Этот метод оперативного лечения наиболее репрезентативный, что позволяет выявить статистическую закономерность и сделать выводы по поводу болезни Гиршпрунга у взрослых, а также считается наиболее безопасным и эффективным. Мы установили, что у 22 (84,6%) больных гипоганглионарная зона локализовалась в прямой кишке, у 4 (15,4%) она распространялась на проксимальную часть прямой кишки. Анализ отдаленных результатов лечения пациентов основной группы в зависимости от распространенности супрастенотического расширения (гипо- или аганглионарной зоны) показал следующие. Хорошие результаты получены у 13 (92,9%) больных с мегаректумом, у 7 (87,5%) – с мегаректумом+мегасигмой, у 2 (66,7%) – с левосторонним поражением. По одному (7,1%) больному с каждым из указанных видов поражения отмечался удовлетворительный результат, у 1 больного с субтотальным поражением лечение оказалось неэффективным.

В своей работе мы сравнивали эффективность традиционного подхода к лечению болезни Гиршпрунга – операции Дюамеля (контрольная группа) и брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением (основная группа). Оказалось, что хирургическое лечение, выполненное больным основной группы, обладает рядом преимуществ перед операцией Дюамеля в модификации. Так, у больных основной группы длительность оперативного вмешательства и сроки пребывания в стационаре были соответственно в 1,2 и 1,8 раза меньше, а перистальтика нормализовалась в 1,7 раза быстрее, чем у пациентов контрольной группы.

Для исследования функции сфинктера использовали как объективные, так и субъективные критерии оценки. К объективным критериям относятся показатели сфинктерометрии (в покое и при напряжении). Субъективные критерии: пачкание белья, удержание кала, количество дефекаций в сутки, дифференциация большим кала и газов, удержание газов, жидкого и твердого кала.

На основании результатов опроса через 6 месяцев после операции была определена степень недостаточности анального сфинктера у оперированных больных по классификации В.Д. Федорова (1987). У 25 (46,3%) из 54 больных контрольной группы с I степенью недостаточности анального сфинктера при волевом сокращении и во время максимального сжатия тонус снижался до $24,6 \pm 2,53$ и $58,7 \pm 2,11$ мА, у 10 (5,4%) со II степенью – до $16,65 \pm 0,9$ и $36,72 \pm 1,9$ мА, у 5 (9,2%) с III степенью – до $8,56 \pm 0,9$ и $12,69 \pm 1,1$ мА. У 4 (15,3%) из 26 больных основной группы с I степенью недостаточности анального сфинктера тонус снижался соответственно до $24,8 \pm 2,54$ и $58,8 \pm 2,10$ мА, у 3 (11,5%) со II степенью – до $16,67 \pm 1,1$ и $36,82 \pm 1,5$ мА, у 2 (7,6%) с III степенью – до $8,67 \pm 1,1$ и $12,71 \pm 1,3$ мА.

Анализ функциональных результатов операций по дополнительным критериям выявил лучшие результаты в основной группе; у этих больных позитивная динамика ближайших и отдаленных результатов была более выраженной. Так, в основной группе через год после хирургического лечения число больных с дифференцированным позывом к дефекации было в 1,4 раза больше, чем в контрольной группе. Изучение отдаленных функциональных результатов у больных обеих групп осуществлялось путем анкетирования, сфинктерометрии и аноректальной манометрии в сроки 3, 6 и 12 месяцев после операции.

В основной группе (после операции прямой кишки) через 12 месяцев число пациентов с неудовлетворительными результатами уменьшилось с 7, БАР 7 до 4,5%. В то же время количество хороших (69,2%) и удовлетворительных (23,1%) результатов увеличилось с 23,1 до 85%. Экономический эффект для больного, помимо выздоровления, можно определить и в денежном выражении. Уменьшение сроков пребывания больного в стационаре на 4 дня в 1,4 раза удешевляет его лечение. Таким образом, при установленном диагнозе дистальной формы болезни Гиршпрунга наиболее эффективным способом хирургического лечения является брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением функционирующих проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал с удалением гипо- или аганглионарного участка и расширенных нефункционирующих декомпенсированных отделов ободочной кишки.

Выводы

1. Выполнение брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением функционирующих проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал упрощает технику операции при болезни Гиршпрунга и в большей степени отвечает требованиям радикализма, чем метод Дюамеля.
2. Разработанная модификация брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением позволяет существенно улучшить исходы лечения болезни Гиршпрунга у взрослых: хорошие функциональные результаты получены в 85%, удовлетворительные – в 11%. При распространенном мегаколоне количество положительных результатов уменьшалось в 1,4 раза. Экономический эффект от внедрения предложенного метода операции выражается уменьшением сроков пребывания больного в клинике на 4 дня, что в 1,4 раза удешевляет стоимость лечения.

Список литературы

1. Ачкасов С.И. Аномалии развития и положения толстой кишки. Клиника, диагностика, лечение: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2003. – 294 с.
2. Воробей А.В. и др. Диагностика и лечение болезни Гиршпрунга у взрослых: Практик. руководство. – Минск: БелМАПО, 2013. – 215 с.
3. Воробей А.В., Александров С.В., Высоцкий Ф.М. Лапароскопическая субтотальная колэктомия с мезоректум-эктомией при болезни Гиршпрунга у взрослых // Хирургия. – 2014. – №6. – С. 48-52.
4. Воробьев Г.И. Ачкасов С.И. Болезнь Гиршпрунга у взрослых: Практик. руководство.–М.: Литтерра, 2009.–256 с.
5. Воробьев Г.И., Жученко А.П., Ефремов А.В. Поздние осложнения после операции Дюамеля по поводу болезни Гиршпрунга у взрослых // Пробл. проктол. – 1991. – №12. – С. 58-62.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ

Мирзахмедов М.М.

Ташкентская Медицинская Академия. Узбекистан

Актуальность проблемы. Болезнь Гиршпрунга является одним из сложных и тяжелых врожденных пороков развития. Большие успехи были достигнуты в понимании ее этиологии в последние десятилетия, особенно с развитием молекулярной генетики и ранней диагностики заболевания. Хирургическое лечение продвинулось от двух- или трехэтапных операций до первично-радикальной коррекции[1,3]. Вопросам заболевания посвящены работы многих выдающихся детских хирургов. Причины: поздние сроки хирургической коррекции порока, неадекватный выбор метода оперативного лечения, неточный учет и некорректный анализ осложнений и результатов лечения. Изучение литературы показало, что, если вопросы патогенеза заболевания уже не считаются спорными, то

внедрение новых методик обследования и хирургического лечения доступно в основном в крупных медицинских центрах. [2,4,5]. Наибольшие трудности в диагностике и лечении представляют у взрослых. Поздняя диагностика заболевания приводит к тому, что с возрастом взрослея у больных патологические процессы в стенке кишки усугубляются за счет воспаления и фиброза; поражаются не только гипо- или аганглионарный сегмент кишки, но и приводящие отделы толстой и тонкой кишок. Поэтому диагноз «болезнь Гиршпрунга» должен быть установлен как можно раньше и больные как можно раньше должны быть прооперированы.

Цель исследования - определить эффективности современных методов диагностики и хирургического лечения болезни Гиршпрунга у взрослых.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 86 пациента с болезнью Гиршпрунга старше 15 лет, получавших стационарное лечение в Республиканском Клиническом Больнице №1 в отделение колопроктологии с 1993-2018 гг., из них 60 (71,4%) мужчин и 24 (28,5%) женщины. В возрасте 15-19 лет был 25 (29,7%) больной, 20-24 лет – 35 (41,6%), 25-29 лет – 16 (19%), 30 лет и старше – 8 (9,5%). Диагностика БГ основывается на клинической картине и данных обследования. Нами была разработана схема обследования и алгоритм диагностики позволяющие дифференцировать болезнь Гиршпрунга от других видов мегаколона. По виду оперативного пособия пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу (основную) включены 30 (35,7%) больных, которым была выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением проксимальных участков толстой кишки в анальный канал. Во вторую (контрольную) группу включены 54 (64,3%) пациента, которые были подвергнуты операции Дюамеля в модификации. 12 (14,2%) больным, в том числе 2 из основной и 10 контрольной группы, хирургическое лечение проводилось в два этапа (многоэтапное хирургическое лечение).

По результатам ирригографии, наданальная форма выявлена 74 (88%), ректальная форма 10 (12%) болезни Гиршпрунга среди наблюдаемых больных. При ректороманоскопии сужение, которое начиналось за анальным каналом и продолжалось на расстоянии 4-18 см, выявлено у 40 (74%) обследованных. У 14 (26%) больных сужение начиналось от анального канала и переходило в расширение проксимальной части прямой кишки.

Колоноскопия произведена 8 (14,8%) больным. У 2 (25%) из них диагностированы мелкие эрозии верхней трети сигмовидной кишки, у 6 (75%) – расширение просвета прямой и ободочной кишок, сглаженность сосудистого рисунка и каловые камни проксимальной части толстой кишки. У взрослых пациентов с болезнью Гиршпрунга не отмечается грубых отклонений от нормы в анализах крови. Для выявления изменений на гемограммах и в биохимических анализах нами проведен сравнительный анализ крови у больных двух групп. Полученные результаты сравнивались с показателями контрольной группы в различных сроках (при поступлении, до и после операции). Показатели анализов крови основной групп (гемограмма и биохимический) практически не отличались от контрольной. Морфологические исследования сыграли решающую роль в установлении патогенеза болезни Гиршпрунга. Эти исследования показали, что решающим фактором в патогенезе этой патологии является отсутствие ганглионарных клеток в обоих нервных сплетениях стенки кишечника – Мейснера и Ауэрбаха. Это сочетается с гипертрофией немиелинизированных нервных волокон, как адренергических, так и неадренергических, что особенно важно в нарушении иннервации мышечной оболочки и мышечного слоя слизистой оболочки. Биопсии по Свенсону взяты у 31 (57,4%) больного. Аганглиоз диагностирован у 2(6,4%) обследованных, гипоганглиоз – у 29 (93,6%) больных.

Морфометрические исследования показали, что слизистая оболочка увеличивается почти в два раза, подслизистый слой более чем в 1,5 раз почти в два раза утолщается мышечный слой. Следующим критерием оценки удаленных фрагментов было исследование толщины мышечных слоев кишечной стенки. Следует отметить, что ни в одном случае толщина кишечной стенки не соответствовала норме.

В нашем исследовании склеротические изменения отмечались на протяжении всей длины удаленных препаратов, у проксимальной границы резекции внешние параметры кишки приближались к норме. Выявленные морфологические изменения позволили определить звенья патогенетического механизма болезни Гиршпрунга у взрослых: гипоганглиоз в дистальном отделе толстой кишки, вызывающий нарушение кишечной проходимости; появление компенсаторной гипертрофии проксимальных отделов с постепенным развитием склероза кишечной стенки; возникновение хронического стаза кишечного содержимого с воспалительной инфильтрацией слизистой оболочки кишки; формирование каловых камней с атрофией слизистой и возникновением стеркороальных язв. Степень выраженности перечисленных патологических звеньев определяет клиническую картину заболевания и лечебную тактику при данной аномалии. Проведенные исследования позволили ответить на некоторые нерешенные вопросы болезни Гиршпрунга у взрослых. Поздние выраженные клинические проявления обусловлены тем, что взрослых доминирует гипоганглиоз в противоположность аганглиозу.

Гипертрофия нервных волокон, увеличение числа эндокринных клеток крипт, а также гипертрофия мышечных структур обеспечивают, в определенной мере, компенсацию нарушенных функций толстой и прямой кишки, характерных для болезни Гиршпрунга у взрослых. Известно, что в сложных проявлениях компенсаторных процессов организма, при различных видах патологии, стадия компенсации, рано или поздно, сменяется стадией декомпенсации. Видимо из-за некоторых структурных особенностей болезни Гиршпрунга стадия декомпенсации наступает во взрослом периоде жизни.

Результаты исследования и их обсуждение. Хирургическая тактика, предоперационная подготовка, выбор доступа и объем оперативного вмешательства при болезни Гиршпрунга у взрослых до конца не разработаны. Специфика заболеваний толстой кишки и аноректальной области с содержанием разнообразной патогенной и условно-патогенной микрофлоры объясняет быстрое развитие гнойно-воспалительного процесса и часто определяет исход заболевания. Подготовка к хирургическому лечению больных с болезнью Гиршпрунга ставит перед врачом ряд сложных задач, связанных как с наличием длительно существующих в просвете кишки каловых камней, вызывающих пролежни, неэффективностью слабительных средств, так и с выраженной каловой интоксикацией

организма больного. Особое внимание мы уделяли подготовке и очищению кишечника, так как иногда от этого зависит успех операции. По нашему мнению, для каждого взрослого пациента с болезнью Гиршпрунга должна выбираться индивидуальная тактика в зависимости от времени подготовки к радикальной операции, длительности послеоперационного периода, продолжительности и степени послеоперационной реабилитации.

В радикальном оперативном лечении болезни Гиршпрунга используются операции Свенсона, Дюамеля, Соаве, Ребейна и др. в различных модификациях. Однако ни один из этих методов не может гарантировать гладкого послеоперационного течения и выздоровления. С целью улучшения результатов лечения болезни Гиршпрунга нами проведен анализ причин неудовлетворительных результатов традиционных методов хирургического вмешательства. Учитывая неудовлетворительные отдаленные функциональные результаты лечения в контрольной группе пациентов (несостоятельность культи прямой кишки – у 3 (5,5%) больных, некроз и ретракция низведенной кишки – у 5 (9,2%), абсцесс полости малого таза – у 3 (5,5%), перитонит – у 2 (3,7%)), с 2002 г. на основе вышеприведенных литературных данных, собственного клинического опыта и результатам нейроморфологических исследований макропрепаратов толстой кишки был предложен и внедрен новый модифицированный способ хирургического лечения – брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением функционирующих проксимальных отделов толстой кишки (Патент Государственного патентного ведомства Республики Узбекистан № IAP 05140 от 17.12.2015 г.). Одноэтапное хирургическое лечение было проведено у 72 (85,7%) взрослых пациентов с болезнью Гиршпрунга: 28 (38,8%) из них выполнена БАР прямой кишки с низведением проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал с наложением колоанального анастомоза (1-я группа, основная); 44 (61,2%) – операция Дюамеля в модификации (2-я группа, контрольная).

При неэффективности предоперационной подготовки, прогрессирующей декомпенсации толстой кишки с признаками кишечной непроходимости, распространенном расширении толстой кишки, наличии калового камня в прямой и ободочной кишке, неудовлетворительной подготовке к операции на толстой кишке, при ухудшении общего состояния больного, вызванном хронической интоксикацией и нарушением метаболизма проводили многоэтапное хирургическое лечение. Многоэтапному хирургическому лечению были подвергнуты 12 (14,2%) больных (2 основной и 10 контрольной группы). Оно позволило не только улучшить общее состояние больных, ликвидировать кишечную непроходимость, но и сохранить часть ободочной кишки при выполнении основного этапа операции. Сроки выполнения второго этапа хирургического лечения составляли 6-18 месяцев и зависели, главным образом, от общего состояния пациента, наличия или отсутствия воспалительных изменений в культе прямой кишки, состоянии проксимальных отделов толстой кишки, что диктовало необходимость многоэтапного лечения. Ближайшие результаты хирургического лечения взрослых больных с болезнью Гиршпрунга оценивали во время их пребывания в клинике после оперативного лечения. Послеоперационные осложнения отмечались у 18 (22%) больных (4 -из основной и 14 - контрольной группы). Поздние послеоперационные осложнения после БАР прямой кишки наблюдались у 8 (9,8%) пациентов; у 2 (25%) из них была частичная стриктура низведенной кишки. После операции Дюамеля в модификации осложнения в виде стриктуры колоректального анастомоза развились у 6 (75%) пациентов. В своей работе мы сравнивали эффективность традиционного подхода к лечению болезни Гиршпрунга – операции Дюамеля (контрольная группа) и брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением (основная группа). Оказалось, что хирургическое лечение, выполненное больным основной группы, обладает рядом преимуществ перед операцией Дюамеля в модификации. Так, у больных основной группы длительность оперативного вмешательства и сроки пребывания в стационаре были соответственно в 1,2 и 1,8 раза меньше, а перистальтика нормализовалась в 1,7 раза быстрее, чем у пациентов контрольной группы. Для исследования функции сфинктера использовали как объективные, так и субъективные критерии оценки. На основании результатов опроса через 6 месяцев после операции была определена степень недостаточности анального сфинктера у оперированных больных по классификации В.Д. Федорова (1987). У 25 (46,3%) из 54 больных контрольной группы с I степенью недостаточности анального сфинктера при волевом сокращении и во время максимального сжатия тонус снижался до $24,6 \pm 2,53$ и $58,7 \pm 2,11$ мА, у 10 (5,4%) со II степенью – до $16,65 \pm 0,9$ и $36,72 \pm 1,9$ мА, у 5 (9,2%) с III степенью – до $8,56 \pm 0,9$ и $12,69 \pm 1,1$ мА. У 4 (15,3%) из 26 больных основной группы с I степенью недостаточности анального сфинктера тонус снижался соответственно до $24,8 \pm 2,54$ и $58,8 \pm 2,10$ мА, у 3 (11,5%) со II степенью – до $16,67 \pm 1,1$ и $36,82 \pm 1,5$ мА, у 2 (7,6%) с III степенью – до $8,67 \pm 1,1$ и $12,71 \pm 1,3$ мА. Анализ функциональных результатов операций по дополнительным критериям выявил лучшие результаты в основной группе; у этих больных позитивная динамика ближайших и отдаленных результатов была более выраженной. Так, в основной группе через год после хирургического лечения число больных с дифференцированным позывом к дефекации было в 1,4 раза больше, чем в контрольной группе. Изучение отдаленных функциональных результатов у больных обеих групп осуществлялось путем анкетирования, сфинктерометрии и аноректальной манометрии в сроки 3, 6 и 12 месяцев после операции.

В основной группе (после операции БАР прямой кишки) через 12 месяцев число пациентов с неудовлетворительными результатами уменьшилось с 7,7 до 4,5%. В то же время количество хороших (69,2%) и удовлетворительных (23,1%) результатов увеличилось с 23,1 до 85%. Экономический эффект для больного, помимо выздоровления, можно определить и в денежном выражении. Уменьшение сроков пребывания больного в стационаре на 4 дня в 1,4 раза удешевляет его лечение.

По результатам опроса с использованием шкалы инконтиненции Wexner (1993) средний балл в основной группе был равен 4,1 (1-13), в контрольной – 6,3 (1-12). Неудовлетворительный результат, то есть более 4 баллов, зарегистрирован у 2 (7,7%) пациентов, перенесших операцию БАР прямой кишки. После метода Дюамеля в модификации неудовлетворительных результатов было больше – у 9 (25,7%) пациентов.

Таким образом, при установленном диагнозе при болезни Гиршпрунга наиболее эффективным способом хирургического лечения является брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением функционирующих проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал с удалением гипо- или аганглионарного участка и расширенных нефункционирующих декомпенсированных отделов ободочной кишки.

Выводы

1. Разработанный алгоритм диагностики болезни Гиршпрунга у взрослых позволяет правильно установить диагноз и выбрать метод оперативного вмешательства. Ирригоскопия является основным методом диагностики болезни Гиршпрунга у взрослых (наданальная форма выявлена в 87,8%, ректальная- в 12,2%).
2. Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением функционирующих проксимальных отделов толстой кишки в анальный канал упрощает технику операции по сравнению с методом Дюамеля и устраняет зону гипоплазии аганглиоза.
3. Разработанная модификация брюшно-анальной резекции прямой кишки с низведением позволяет существенно улучшить исходы лечения болезни Гиршпрунга у взрослых: хорошие функциональные результаты получены в 85%, удовлетворительные – в 11%. При распространенном мегаколоне количество положительных результатов уменьшалось в 1,4 раза.
4. Отдаленные функциональные результаты лечения (через 12 – 24 месяцев) оказались существенно лучше в основной группе по сравнению с операцией Дюамеля: наблюдений инконтиненции по шкале Wexner было в 3,3 раза меньше (7,7% и 25, 7% соответственно).

ХРОНИЧЕСКИЙ УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ У ПОЛОВЫХ ПАРТНЕРОВ

Мирзоева М.Б., Хакназарова М.А., Клюткина Н.А.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Заболеваемость хроническим урогенитальным хламидиозом в последнее время неуклонно возрастает. В научной литературе имеются сообщения о более частом обнаружении хламидий у женщин, чем у мужчин. При этом выявляемость возбудителя у женщин в цервикальном канале и влагалище намного чаще, чем у уретре [1,3]. Причины указанных явлений изучены недостаточно.

Наиболее сложной и противоречивой остаётся трактовка отрицательных клинико-лабораторных тестов у одного из половых партнёров при установленном диагнозе сексуально-трансмиссионного заболевания (СТЗ) у другого. По давно устоявшемуся мнению, лечение при этом должно проводиться обоим партнёров [2,4]. Однако достаточно часто пациенты с отрицательными тестами от лечения отказываются, мотивируя свой отказ отсутствием клинических и лабораторных признаков инфекционного заболевания, удовлетворительным общим самочувствием, токсическим воздействием антибиотиков, а также их неоднократным применением по поводу СТЗ в анамнезе. Нередко из-за отсутствия положительных диагностических тестов происходит недооценка выраженности инфекционного процесса, и, как следствие этого, - неадекватное лечение.

Материал и методы исследования. Обследовано 160 половых партнёров репродуктивного возраста с различной патологией мочеполовой системы, регулярно ведущих половую жизнь, с различными вариантами гормональной и биологической контрацепции у женщин. Был проведен анализ основных клинических и лабораторных показателей хронического урогенитального хламидиоза у половых пар, а также динамики этих тестов на протяжении 28 недель регулярных половых контактов партнёров с учётом проводимого лечения и барьерных методов защиты (БМЗ).

Результаты исследования и их обсуждение. Обследованные пациентки имели ряд патологических процессов: у 51 (31,9%) женщины диагностирован хронический сальпингоофорит (ХСО), у 103 женщин (64,4%) - хронический эндоцервицит (ХЭ), у 63 (39,4%) - вагиниты различной этиологии. Бактериальный вагиноз (БВ) выявлен у 31 (19,4%) женщины. У 33 (20,6%) женщин было бесплодие различного генеза. У 36 (22,5%) - прослеживался отягощённый акушерский и гинекологический анамнез. Кроме того, имел место у 46 (28,8%) пациенток синдром гипотиреоза, у 14 (8,8%) - кистозно-фиброзная мастопатия, у 46 (28,8%) - нарушение менструального цикла, у 9 (5,6%) - лакторея, у 4 (2,5%) - миома.

У 87 (54,4%) мужчин диагностирован хронический инфекционный простатит (ХИП) различной этиологии, у 45 (28,1%) – хронический инфекционный уретрит (ХИУ), у 5 (3,1%) – хронический орхоэпидидимит (ХОЭ), у 1 – хронический пиелонефрит, у 5 (3,1%) мочекаменная болезнь. Синдром гипотиреоза установлен у 9 (5,6%), различные формы гипогонадизма - у 9 (5,6%) мужчин.

С помощью ПЦР хламидии были обнаружены у одного партнёра в 27 (16,9%) сексуальных парах. При этом чаще всего возбудитель был обнаружен только у женщин – у 19 (11,9%), только у мужчин – у 8 (5%). Различие в частоте встречаемости оказалось статистически значимым. Одновременно у двух половых партнёров хламидии были обнаружены только в 1,3% случаев. В отличие от показателей ПЦР, где имеет место более частое обнаружение хламидий в половых путях у женщин, положительные серологические тесты (IgG и IgA) с одинаковой частотой выявлялись у представителей обоих полов. Так диагностические значимые титры IgG к *S. trachomatis* в сыворотке крови у обоих половых партнёров идентифицированы у 68 (42,5%) пар. Частота встречаемости IgG только у женщины и только у мужчины была соответственно у 28 (17,5%) и 30 (18,8%) сексуальных пар ($p>0,05$). Сочетание одновременно двух серологических тестов (IgG и IgA) было представлено у обоих партнёров только в 5,6% случаев. Количество пар с обнаружением вышеуказанных лабораторных показателей у одного из половых партнёров было одинаково: положительные серологические тесты только у женщин – у 32 (20%), только у мужчин – у 34 (21,3%) пар.

На следующем этапе проанализированы 10 половых пар, у которых хронический урогенитальный хламидиоз был пролечен только у женщин. К 16 неделе после окончания терапии у всех женщин отсутствовали признаки активации хронических воспалительных очагов в придатках матки и эндоцервиксе. Хламидии в половых путях у женщин с помощью ПЦР не определялись. У всех пациенток IgA к *S. trachomatis* в сыворотке крови идентифицировали в титрах ниже диагностически значимого. Причём вышеуказанный положительный серологический тест у 2

женщин негативировался к концу 4 недели после лечения, у 3 – к концу 8, у 2 – к концу 12 недели. Титры IgG к 16 неделе снизились ниже диагностического уровня у 2 пациенток. У 4 - отмечали достоверное падение титров (в 4 раза) относительно исходных цифр, у 1 – к концу 8, у 1 – к концу 12 недели. У 2 пациенток определяли тенденцию к снижению титров IgG к окончанию 16 недели. На основании полученных данных мы констатировали излеченность женщин от ХУГХ. Одновременно нами были повторно обследованы на хламидии и отказавшиеся от лечения половые партнёры. У 2 из них методом ПЦР были выявлены хламидии: у 1 – на 8 и у 1 – на 12 неделе после окончания лечения женщин.

В течение последующих 12 недель проводилось дальнейшее обследование женщин совместно с их половыми партнёрами в вышеуказанном объёме. Причём, половую жизнь пары вели, начиная с 17-18 недели после лечения, без БМЗ. Получены следующие результаты: у 5 женщин к 24-28 неделе наблюдалась активация ХСО в сочетании с формированием у 3 из них к 20-24 неделе острого эндоцервицита (ОЭ). У 3 женщин положительный ПЦР-тест появился к концу 20 недели, у 3 – к 24, у 3 - к 28. Специфические иммуноглобулины класса А к указанному сроку уже определялись в диагностически значимых титрах у 5 больных. Причём, у 1 – к окончанию 20 недели, у 3 – к окончанию 24, у 1 – к 40 неделе наблюдения. Специфический IgG к *C. trachomatis* был выявлен к окончанию периода наблюдения у всех пациенток. Основываясь на представленных клинических и лабораторных тестах, у 5 женщин была установлена реинфекция в виде манифестной формы острого УГХ, у 5 – реинфекция в виде латентной формы острого УГХ.

Полученные данные свидетельствуют о более частом обнаружении хламидий в половых путях женщин, по сравнению с их сексуальными партнёрами, что согласуется с многочисленными работами о частоте встречаемости указанного патогена в общей популяции женщин и мужчин.

Заключение. Таким образом, при постановке диагноза ХУГХ у половых партнеров, продолжительно ведущих регулярную половую жизнь без использования барьерных методов защиты, в первую очередь необходимо принимать во внимание результаты лабораторного исследования у женщин, т.к. возбудитель в 2 раза чаще обнаруживается в половых путях у женщин, чем у мужчин. При подтверждении диагноза ХУГХ у одного из половых партнёров необходимо проводить обязательное лечение сексуальной пары.

Список литературы

1. Костючек Д. Ф., Рищук С. В. Связь бактериального вагиноза и урогенитального хламидиоза. // Сборник научных трудов, посвящённый 75-летию кафедры акушерства и гинекологии СПбГПМА. - С. - Петербург: Издание ГПМА, 2002. - С. 186 - 191.
2. Кубась В. Г., Рищук С. В., Костючек Д. Ф. Клинико-лабораторное обоснование постановки диагноза урогенитального хламидиоза у мужчин // Ж. дерматовенерологии и косметологии. – 2002. - № 1. – С. 56-59.
3. Рищук С. В., Кубась В. Г., Костючек Д. Ф. Оценка значимости некоторых лабораторных тестов при урогенитальном хламидиозе у женщин. // Ж. дерматовенерологии и косметологии. – 2002. - № 1. – С. 52-55.
4. Сельков С. А., Есипов А. С., Веденева Г. Н., Крылова Т. А. Методические проблемы диагностики урогенитального хламидиоза. // TERRA MEDICA.- 2001. - №1. – С. 42- 45.
5. Шалепо К. В., Шипицина Е. В, Савичева А. М., Домейка М. Обнаружение Chlamydia trachomatis в различных клинических материалах урогенитального тракта. // Ж. акушерства и женских болезней.- 2002. - № 1.- С. 95-100.
6. Sahoo B., Bhandari H., Sharma M., Malhotra S., Sawhney H., Kumar B. Role of the male partner in the lower genitourinary tract infection of female. // Indian. J. Med. Res. – 2000. – Vol. 112. – P. 9-14.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И С

Мирзоева М.Б., Абдусаматова З.М., Сарыева М.С.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Конец XX столетия ознаменовался прогрессирующим интересом к проблеме вирусных гепатитов, крупными свершениями в её изучении. Согласно расчётным данным Всемирной организации здравоохранения в разных странах мира возбудителями этих заболеваний инфицировано или перенесли в прошлом до 2 млрд. человек [1, 2]. Высокие показатели заболеваемости вирусными гепатитами В и С (ВГВ и ВГС), поражение наиболее молодого и трудоспособного населения, значительная частота хронизации процесса после перенесенных острых форм гемоконтактных гепатитов (до 70%), возникновение рака печени, в формировании которого доказана роль вирусов гепатитов В и С – всё это определяет повышенное внимание к данной проблеме [3–5]. По широте распространения, уровню заболеваемости, тяжести течения и частоте развития хронических форм, причиняемому экономическому ущербу эти типы вирусных гепатитов занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии человека. Достаточно велико среди населения число бессимптомных «носителей» вирусов гепатита В и С [6].

Исследованиями гепатологов установлено, что вирусные гепатиты В и С и беременность оказывают взаимно - отягощающее влияние. Проявлениями этого влияния являются: высокий процент недонашиваемости, преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, кровотечения в раннем и позднем послеродовом периодах. Кроме того, создаётся угроза инфицирования ребёнка данными вирусами с развитием вялотекущих форм хронического вирусного гепатита. В структуре вирусных гепатитов, регистрируемых у беременных женщин от 40 - 70% составляют гепатиты, передающиеся с кровью, т.е. В, С, Д, что, возможно, связано с более частыми медицинскими манипуляциями, получаемыми этой группой населения [7, 8].

Учитывая современные особенности эпидемиологии гемоконтактных вирусных гепатитов, следует признать, что главную роль в борьбе с этими инфекциями должен играть комплексный подход к организации и проведению социальных и медицинских мероприятий.

Цель исследования. Выявить частоту вирусного гепатита у беременных и их влияние на течение беременности и перинатальные исходы.

Материал и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ 112 историй родов беременных женщин с гемоконтактными вирусными гепатитами из архива Родильного отделения ГМЦ №1 с 2014 по 2019 год.

Таблица 1

Распространенность различных форм вирусного гепатита у беременных (2014-2019г.)

Вирусные гепатиты		Число больных по годам						Итого
		2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	
	Абс.	5	6	5	18	21	19	74
	%	6,75	8,1	6,75	24,3	28,3	25,6	66,1
НСV-инфекция	Абс.	2	3	4	9	14	4	36
	%	5,55	8,33	11,1	25	38,8	11,1	32,1
	Абс.	0	0	0	0	0	1	1
	%	0	0	0	0	0	0,9	0,9
	Абс.	0	0	0	0	0	1	1
	%	0	0	0	0	0	0,9	0,9
	Абс.	7	9	9	27	35	25	112
	%	100	100	100	100	100	100	100

Средний возраст женщин составил 27,0±1,0 лет. Большинство пациенток были первобеременные. Вирусологическое исследование проводилось ИФА методом. Психосоматическое состояние новорождённого оценивалось по шкале Апгар. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием персонального компьютера Pentium – 4 с помощью стандартной программы EXCEL – 2007.

Результаты исследования и их обсуждение. Частота и виды осложнений, которые возникли во время беременности и родов у пациенток, зависела от формы вирусного гепатита. Осложнения, возникшие во время беременности и родов у пациенток с ВГВ отмечаются больше (57,9% и 30,5%), чем у беременных с ВГС. В таблице 2 приведены осложнения, встречающиеся во время беременности и родов у пациенток с вирусными гепатитами.

Таблица 2

Осложнения, встречающиеся у женщин во время беременности и родов с ВГВ и ВГС

Осложнения	ВГВ (n=76)	ВГС (n=36)	ВСЕГО (n=112)
Неразвивающаяся беременность	13 (17,1%)	4 (11,1%)	17 (15,1%)
Ранний самопроизвольный выкидыш	6 (7,8%)	2 (5,55%)	8 (7,14%)
Преждевременные роды	9 (11,8%)	2 (5,55%)	11 (9,8%)
Преэклампсия (умеренная, тяжёлая)	5 (6,5%)	1 (2,7%)	6 (5,35%)
Цирроз печени	3 (3,94%)	1 (2,7%)	4 (3,57%)
Кровотечение	3 (3,94%)	1 (2,7%)	4 (3,57%)
ДВС – синдром	3 (3,94%)	0 (0%)	3 (2,67%)
Печёночная кома	1 (1,3%)	0 (0%)	1 (0,9%)
Полиорганная недостаточность	1 (1,3%)	0 (0%)	1 (0,9%)
ИТОГО	44 (57,9%)	11(30,5%)	65 (58%)

Неразвивающаяся беременность имеет самый высокий процент (17,1%) среди остальных осложнений во время беременности у пациенток с ВГВ. Заслуживают внимания также преждевременные роды (11,8%) и самопроизвольные выкидыши (7,8%). Во время родов одно из опасных осложнений, которое наблюдается в 3,57% случаев это кровотечение. Осложнения, которые наблюдались у остальных беременных не имели специфического отношения к данной экстрагенитальной патологии. Из эпидемиологического анамнеза, 8 беременных женщин заразились вирусным гепатитом после различных медицинских манипуляциях (эхинококкэктомия, холецистэктомия, лечение зубов, отсосы, аборт и Кесарево Сечение). 10 женщин заражение вирусным гепатитом узнали впервые во время настоящей беременности, а остальные до беременности. Наиболее опасны внутриутробная гибель плода (на высоте интоксикации и желтухи у матери), мёртворождение, выкидыши и преждевременные роды, которые могут приводить к критическому ухудшению состояния больной, переносящей тяжёлую форму гепатита В.

Со стороны плода и новорождённых отмечаются также не мало осложнений, которые приведены в таблице 3.

При ВГВ хроническая внутриутробная гипоксия плода наблюдалась в 3,5 раза чаще, чем при ВГС (18,9% и 5,55%). Из 112 беременных женщин с различными формами ВГ наблюдается 38 случаев осложнений у плода и новорождённых. Случаи с врождёнными пороками ещё раз говорят о роли вирусных инфекций, а именно ВГВ в развитии внутриутробных пороках и антенатальной гибели плода. Хроническая внутриутробная гипоксия плода, недоношенность и церебральная ишемия новорождённых показывают негативное влияние ВГ на плацентарную ткань, которое и привело к недостаточному кровоснабжению плода, и развились вышеперечисленные осложнения. Не отмечено антенатальной гибели, врождённых аномалий, церебральной ишемии, а также конъюгационной желтухи при рождении детей у матерей больных вирусным гепатитом С.

Осложнения со стороны плода и новорождённых у беременных с ВГВ и ВГС

Частые осложнения со стороны плода	ВГВ (n=74)	ВГС (n=36)	ВСЕГО (n=112)
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	14 (18,9%)	2 (5,55%)	16 (14,5%)
Аntenатальная гибель плода	2 (2,7%)	0 (0%)	2 (1,78%)
Задержка внутриутробного развития	8 (10,8%)	2 (5,55%)	10 (8,9%)
Врожденные пороки развития плода	2 (2,7%)	0 (0%)	2 (1,78%)
Недоношенность	2 (2,7%)	1 (2,7%)	3 (2,67%)
Церебральная ишемия	4 (5,4%)	0 (0%)	4 (3,57%)
Конъюгационная желтуха	1 (1,35%)	0 (0%)	1 (0,9%)
ИТОГО	33 (44,6%)	5 (13,8%)	38 (33,9%)

Таким образом, самый высокий процент (28,3% и 38,8%) вирусных гепатитов В и С, по данным архива Родильного отделения ГМЦ №1, отмечается в 2016 году. Из 112 пациенток 74 (66,1%) составили беременные с вирусным гепатитом В и 36 (32,1%) – с вирусным гепатитом С, что в два раза меньше. Вирусные гепатиты В и С оказывают неблагоприятное влияние на характер течения беременности, роды, на плод и новорождённого. Процент неразвивающейся беременности остаётся на высоком уровне (15,1%) среди остальных осложнений во время беременности у пациенток с вирусными гепатитами В и С. Частым осложнением во время родов является кровотечение (3,57%). Среди пациенток с вирусным гепатитом В наблюдается 44,6% осложнений со стороны плода и новорождённых, среди пациенток с вирусным гепатитом С всего 13,8%.

Список литературы

1. Brunette M. Hepatitis B Virus Mutants / M. Brunette, U. Rodriguez, F. Bonino // Intervirology. - 2009. - Vol.42. - P.69-80
2. Control of Viral Hepatitis in Europe on a WHO Working Group (WHO Regional Office For Europe). Copenhagen. - 2002
3. Блюгер А.Ф. Вирусные гепатиты / А.Ф. Блюгер, И.Н. Новицкий. - Рига: Звайгзне. - 2010. - 414 с.
4. Жданов В.М. Вирусные гепатиты / В.М. Жданов [и др.]. - М.: Медицина, 2002. - 256 с.
5. Фарбер Н.А. Вирусные гепатиты у беременных / Н.А. Фарбер, К.А. Маргыннов, Б.Н. Гуртовой. - М.: Медицина. - 2008. - 208 с.
6. Мукомолов С.Л. Вирусный гепатит С. Клинико-эпидемиологическая и лабораторная характеристика: автореф. дис. ... д-ра мед. наук/ С.Л. Мукомолов. - СПб. - 2010. - 35 с.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ*Мирзоева С.М., Курбанова Р.Т.*

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Таджикистан

Актуальность. За последние годы отмечается устойчивый рост госпитализации детей и подростков с различными опухолями и опухолевидными заболеваниями опорно-двигательного аппарата нуждающихся в хирургическом лечении. Проблема хирургического лечения опухолей и опухолевидных образований (хондромиксоидные фибромы, энхондромы, остеохондромы, костные кисты, фиброзные дисплазии, синовиальные кисты) и их диагностики на современном уровне актуальна и требует к себе особого внимания. Частота неблагоприятных исходов хирургического лечения опухолевидных образований у детей в виде рецидивов или остаточных полостей после операции, по данным литературы, составляет до 7 % (А.И.Снетков, 2017г). Хирургические методы лечения опухолей и опухолевидных образований у детей имеют свои особенности из-за роста пациентов и определяются видом и распространенностью процесса опухолевого поражения, что недостаточно отражено в литературе. Несмотря на очень большое количество способов хирургического лечения опухолевидных образований у детей нет единого мнения о выборе того или иного метода оперативного пособия. Большинство практикующих врачей отдают предпочтение малотравматичным вмешательствам при различной локализации опухолевидных образований у детей. В частности, при таких заболеваниях, как костные, синовиальные кисты, фиброзные дисплазии, применяют пункции с введением в костную полость биологически активных веществ. При оперативном лечении опухолевидных образований у детей, вопрос о выборе пластического материала для заполнения дефекта при таких заболеваниях, как костные кисты, фиброзные дисплазии, окончательно не решен. Вышеизложенное свидетельствует об актуальности и важности для практического здравоохранения разработки новых способов диагностики и лечения опухолевидных заболеваний у детей.

Целью исследования является разработка алгоритм тактики хирургического лечения доброкачественных опухолей и опухолевидных образований костей, позволяющий максимально рано восстановить функцию конечностей и изучить эффективность пластического замещения дефектов после удаления патологического очага у детей.

Материал и метод исследования. За период 2015 по 2019 гг. проанализированы результаты лечения 125 детей в возрасте от 4 до 15 лет, которые прошли лечение в условиях отделения детской травматологии и ортопедии НМЦРТ по поводу опухолей и опухолевидных образований костной ткани различной локализации. Патология выявлена у 62 (52%) девочек и у 38 (48 %) мальчиков. Существуют определённые трудности в диагностике и лечении опухолей и опухолевидных образований у детей. Диагностика носит комплексный характер. Основное значение имеют данные анамнеза, клиническая картина, результаты УЗИ, КТ, томография и биопсия. Диагностика об-

суждаемых заболеваний основывалась преимущественно на результатах клинико-рентгенологического исследования. Наибольшую ценность КТ приобретала в тех случаях, когда патологический очаг, особенно в начальных стадиях развития опухоли, не выявлялся при рентгенографии в стандартных проекциях. КТ позволяла оценить характер структурных изменений на ранних стадиях развития опухоли. В 6 случаях с целью уточнения диагноза проводилась трепанационная биопсия

Анализ материала показал, что костная киста выявлена у 32(25,6%) детей, остеобластокластома – у 30(24,2%), фиброзная дисплазия - у 21(16,8%), болезнь Олье – у 12(9,6%), неостеогенная фиброма – у 12(9,6%), хондрома -у 10(8,2%), остеохондрома – у 8(6,4%), детей. Все диагнозы были верифицированы гистологически.

По локализации: поражения бедренной кости выявлены у – 45(36%) больных, беберцовой кости - у 25(20%), плечевой у - 15(12%), костей кисти у -12(9,6%), предплечья у – 14(11,2%), стопы у – 3(2,4%), ключицы у - 6(4,8%), подвздошной кости у - 5(4%). Костный дефект варьировал от 1.0 до 14 см.

Клинические проявления у большинства больных в зависимости от патологического процесса и его локализации или отсутствовали, или были незначительными. Отмечалась разная клиническая картина в зависимости от локализации и самого патологического процесса: отек мягких тканей, сглаженность контуров пораженного сегмента, очень редко (17) ограничение движений в прилегающем суставе. Хромата выявлено у 19 детей, В 28 случаях опухолевидных образований, имел место патологический перелом фрагмента, причем без каких-либо клинических проявлений.

Как известно, при радикальном оперативном лечении доброкачественных опухолей и опухолевидно-диспластического процессов костей образуются как правило, неполные краевые дефекты, снижающие прочность кости и тем самым нарушающие функцию конечности. Одним из основных способов лечения таких дефектов является пластика трансплантатами или имплантатами. Применение аутоматериала у детей значительно затруднено из-за негативных моментов, таких как: нанесение дополнительной травмы при заборе материала, недостаточное количество материала, возможности инфицирования и др.

На основании анализа клинических данных и дополнительных методов исследований был разработан алгоритм диагностики и выбора тактики лечения при доброкачественных опухолях, опухолевидных образованиях у детей, что позволяло своевременно распознавать указанное заболевание, учитывая характер патологического процесса, размер и локализацию образовавшегося костного дефекта, вовремя прооперировать больного и тем самым уменьшить число осложнений и улучшить результаты лечения. Алгоритм включает в себя несколько этапов, на каждом из которых решается конкретная задача. На первом этапе, исходя из клинических и рентгенологических данных (рентгенография, КТ), определяется: характер патологического процесса с выставлением предварительного диагноза, локализация костного дефекта, протяженность патологического очага. На основании полученных результатов решается вопрос о необходимости хирургического лечения и видах его выполнения. На втором этапе определяется необходимость замещения дефекта и варианты его пластики, а также необходимый объем костно-пластического материала.

Результаты исследования и их обсуждение. Ряд вопросов, связанных с осуществлением оперативных вмешательств в растущем организме, все еще требует дальнейшего обоснования и изучения. Наиболее радикальным способом лечения доброкачественных опухолей при тотальном поражении трубчатых костей в пределах здоровых костей у детей является резекция кости в пределах здоровых тканей с последующей пластикой образовавшихся дефектов (С.М.Мирзоева, А.А. Раззаков). В процессе операции тщательное удаление очага, термическая обработка и плотное заполнение дефекта должны быть основой радикального вмешательства. Костная пластика, которая устраняет послеоперационный дефект кости, способствует более раннему восстановлению целостности кости и функции, которую она выполняет. Характер и объем оперативного лечения зависят от предполагаемой нозологической формы опухоли, размеров, локализации и обширности поражения.

Нами в клинике при лечении детей с опухолями и опухолевидными образованиями в основном проводилась сегментарная или краевая резекция пораженной кости с костной пластикой. При солитарной кисте (26) и остеобластокластома(18) была произведена пристеночная или тотальная субпериостальная резекция пораженного сегмента кости в пределах здоровых тканей с последующей аллопластикой и аутопластикой костным фрагментом из большеберцовой кости (20 случаев) или крыла подвздошной кости (в 22 случаях). У больных с резким истончением кортикального слоя, образовавшегося после операции, дефект заполняли кортикальными трансплантатами по типу «вязанки хвороста» (17 слуи у 7 - сегментарная, у 3 больных с последующей костной пластикой. Ксенопластика применена всего в 21 случаях.

При экзоосальном развитии или поражения кортикальной части производилась краевая резекция кости с патологическим очагом в тех случаях, когда величина костного дефекта составляла менее 2см. (9 случаев). Пластика трансплантатами из гребня подвздошной кости произведена при дефектах от 2 до 4 см. (10 детей). Учитывая анатомо-физиологические особенности детского организма, резекция кости вблизи ростковых зон с последующим замещением костными трансплантатами наносит значительную травму не только нервно-мышечному аппарату, но и ростковой пластинке. Поэтому для успешного исхода костно-пластических замещений метадиафиза в пределах ростковых зон большое значение имеет щадящий метод оперативного лечения. Главным условием являлось соблюдение онкологических принципов вмешательств- выполнение резекции пораженной кости до видимой здоровой ткани. В процессе операции тщательное удаление очага, термическая обработка и плотное заполнение дефекта должны быть основой радикального вмешательства.

Послеоперационный период у всех больных протекал благоприятно. Средний срок иммобилизации гипсовыми повязками составил 6 недель (от 4 до 9 недель). У пациентов, оперированных с применением костной пластики (ксенопластики), гипсовую иммобилизацию сокращали на 1 месяц по сравнению с детьми, оперированными с использованием аутокости, что позволило в более ранние сроки начать лечебную гимнастику и дозированную

нагрузку оперированной конечности. Преимуществом ксенопластики по сравнению с аутотрансплантатом и другими видами пластического замещения дефектов кости является, на наш взгляд, возможность не регламентировать величину удаляемого участка кости, так как их использование обеспечивает полное восстановление анатомической формы пораженного сегмента аналогичным участком приготовленного имплантата

Результаты лечения прослежены у 98 пациентов в сроки от 1 года до 5 лет. Оценка результатов лечения проходила с учетом онкологических и ортопедических критериев. В подавляющем большинстве случаев у 78 (79,5%) больных результат расценен как хороший, у 17 (17,3%) удовлетворительный и у 3 (3,0%) - неудовлетворительный. Критериями оценки результатов являлись наличие жалоб, рецидивы и функции оперированной конечности на момент осмотра пациента. Наиболее лучший результат отмечен у больных, которым выполнялись краевые резекции без разрушения суставного хряща. Менее благоприятные исходы наблюдались после резекции, когда суставной хрящ был разрушен опухолью. При изучении отдаленных результатов у больных отмечены клиничко-рентгенологическое восстановление целостности пораженных костей, отсутствие рецидива и нормальные амплитуды движений в близлежащих суставах, что свидетельствует о высокой эффективности выбранных методов лечения. Клиничко-рентгенологическое обследование пациентов показало, что перестройка кортикальных костных трансплантатов продолжается в зависимости от возраста от 2-х до 3-х лет и завершается органотипически с нормализацией структуры кости и формированием костного-мозговой полости. Рентгенологическое наблюдение за процессом перестройки костных трансплантатов показало, что у детей на месте соединения «кость - трансплантат» уже через 1,5 месяца появлялось периостальное сращение. Именно этим мы руководствовались при определении сроков иммобилизации пораженной конечности ребенка гипсовой повязкой. Выраженные признаки перестройки трансплантата были отмечены через 5-6 месяцев. Полная перестройка губчатого аллотрансплантата продолжается к году после вмешательства аналогичной рентгенологической картины костной структуры, что наблюдалось в среднем через 12 месяцев. Рост пораженной конечности у детей после оперативного вмешательства продолжался с той же интенсивностью, что и здоровой.

Рецидивы, которые отмечались в 3,0% от числа оперированных пациентов в большинстве случаев были связаны с неполным хирургическим удалением опухолевидных образований и продолженным ростом в последующем. Все больные с рецидивом процесса были повторно оперированы с применением ксенопластики. Вовремя операции у данных больных наблюдалось интенсивное кровотечение из костной раны и был затруднен визуальный контроль при определении границ патологической и здоровой ткани.

Выводы. 1. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности применения костной пластики при хирургическом лечении опухолевидных образований у детей. Преимуществом ауто и ксенопластики по сравнению с другими замещающими материалами, по нашему мнению, является их способность полностью перестраиваться после имплантации и являться матриксом для образования костной ткани

2. Костная пластика остается перспективным и приоритетным направлением при хирургическом лечении детей с доброкачественными опухолями и опухолеподобными поражениями кости.

3. Использование алгоритма с учетом степени ослабления области дефекта в зависимости от его размера позволяет более точно определить требование адекватной дополнительной фиксации (консервативной или оперативной) сегмента конечности и выбрать наиболее эффективной ранний режим функциональной нагрузки.

Список литературы

1. Снетков, А.И. Диагностика и лечение доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний костей у детей / А.И. Снетков, С.Ю. Батраков, А.К. Морозов. - ГЭОТАР. Медиа, Россия, 2017.
2. Мирзоева, С.М. Лечение опухолевидных заболеваний у детей / С.М. Мирзоева, А.А. Раззаков // Матер. науч.практ. конф.»Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. – Бухара, 2016. - С. 321-322.
3. Реконструктивные операции при доброкачественных опухолях и опухолеподобных заболеваниях скелета / А.А. Раззаков [и др.] // Материалы I съезда травматологов-ортопедов Таджикистана с международным участием, Душанбе. Здр. Таджикистана. - 2009. -№ 1. – С. . 31 – 35.
4. Совершенствование хирургической помощи при доброкачественных опухолях и опухолеподобных заболеваниях костей / А.А. Раззаков, Н.Ф. Салимов, Дж.Б. Ансори // Вестник Авиценны. - 2015. - №3 (64). – С.20 – 27.
5. Совершенствование организации медицинской помощи и методов костной пластики / А.А. Раззаков [и др.]. – Душанбе: «Маориф». - 2016. - 178 с.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗА ТАРАННО-ПЯТОЧНОГО СУСТАВА

Мирзокаримов У.М., Хасанов Б.Н., Аскарров А.А., Назаров И.Р.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Гетерогенная группа заболеваний разной этиологии со сходными, морфологическими и клиническими проявлениями и исходом.

В основе остеоартроза лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь суставного хряща. Также поражается субхондральная кость, синовиальная оболочка, связки, капсулы и околоуставные мышцы.

Остеоартроз - наиболее распространенное заболевание суставов, на его долю приходится 60-70% всех ревматических болезней. Первые бессимптомные изменения хряща. Остеоартроз - клинически очевидное заболевание сопровождаемое болями и другими яркими симптомами. По данным литературы, в развитии остеоартроза, существенную роль играют нарушения функции сустава. Главным же проявлением этого заболевания служит воспаление суставов разной степени. Представление об остеоартрозе как об исключительно дегенеративном поражении хрящевой ткани ушло в прошлое. В настоящий момент на первый план вышла

воспалительная теория остеоартроза. При остеоартрозе наблюдают гиперплазию и инфильтрацию синовиальной оболочки сустава мононуклеарными клетками. В пользу воспалительной теории остеоартроза свидетельствует благоприятный эффект внутрисуставного введения препаратов.

Цель исследования. Улучшение профилактики и эффективности комплексного и специфического лечения.

Материалы и методы исследования. По нашим данным, основанным на 3-летнем опыте стационарного и амбулаторного лечения 70 больных с остеоартрозом таранно-пяточного сустава различной этиологии и стадии, преимущественное поражение конечности характерно для женского пола 70(85,4%), так как патология менструального цикла и его прекращение приводят к нарушениям суставной поверхности и снижению плотности костей. В возрасте до 45 лет остеоартроз развился у 16 (18,1%), 45-55 у 23 (26,1%), 55-60 у 31 (35,4%) пациента. Нами отмечено преимущественное поражение таранно-пяточного сустава 70(80,6%) у домохозяек, по видимому связанное с медицинской и общей неосведомленностью. Основные проявления остеоартроза: боли в суставах и их повышенная чувствительность при пальпации, ограничение подвижности и крепитации при движениях, иногда наблюдают отёк пораженных суставов.

Все обратившиеся пациенты жаловались на боли в области пяточной кости и внутренней поверхности, но чаще в 89% случаев по наружной поверхности пяточной кости. Начало заболевания связывали, как правило, с возросшей нагрузкой в какой-то период времени на стопы (смена обуви, длительная ходьба и травма). Боль появлялась с утра, после сна или, когда больной находился в положении сидя какой-то период времени, а затем вставал. В том и другом случая боль проходила после разминки. Но затем появлялась вновь и со временем болевой синдром начинал носить более длительный и устойчивый характер. Различные компрессы не давали эффекта. Для объяснения болевого синдрома вспомним анатомию подтаранного сустава. Здесь на наш взгляд особое значение имеет состояние синуса предплюсны, межкостной таранно-пяточной связки, шеечной связки. При повышении нагрузки на подтаранный сустав происходит хроническое воспаление синуса предплюсны. Иными словами развивается синдром синуса, что и является причиной болевого синдрома.

Результаты исследования и их обсуждение. Диагностика 48 (54,5%) пациентов основывалась на наличие болевого синдрома и рентгенологического исследования, массивного отёка голено-стопного сустава. При осмотре выявлено патология стопы (плоскостопие, пяточно-вальгусная стопа, полая стопа и другие патологии). Лучевое исследование в двух и более проекциях, лабораторная диагностика, УЗИ исследование сосудов стопы и нижней конечности. У 28 (26,1%) больных остеоартроз таранно-пяточного сустава в основном у женщин с нарушением менструального цикла или менопаузой, на фоне остеоартроза. Сложность лечения остеоартроза таранно-пяточного сустава состоит в необходимости воздействия как на основную, так и на собственно дистрофический процесс.

Лечебные мероприятия проводились в зависимости от стадии и выраженности болевого синдрома. Лечебные процедуры направлены на купирование болевого синдрома, создание покоя с применением противовоспалительных препаратов (ортофен, клодифен по 3,0 внутримышечно 10 дней). Общеукрепляющие (витамины группы "В" в частности кокарнит по 2,0 внутримышечно в течении 10 дней). Основным назначили хондропротекторы длительное время. Хороший лечебный эффект оказывало применение прозерина по схеме в течение 10-15 дней, который, улучшая проводимость нервов снимал спазм сосудов. Уменьшению отёка стопы способствовала УВЧ терапия. Всем больным назначалось тепловые ванны. В случае тяжелого болевого синдрома обязательным является назначение новокаиновых блокад с витамином "В". Назначалось местное применение гидрокортизона или дипроспана с новокаином.

При второй стадии (28) лечебные мероприятия были направлены на профилактику или восстановление атрофии и контрактуры в голеностопных суставах. С этой целью помимо лекарственной терапии улучшающей микроциркуляцию в зоне дистрофии и спазм мышц (мидокалм по 2 мл, ношпа 2 мл, на 200 мл с 5 мл тренталом внутривенно капельно через 2 дня от 3 до 5 процедур), широко применялись физиотерапевтические процедуры (теплые ванны, парафиновые озокеритовые аппликации, грязелечение), не менее 10-15 дней, восстановительные (ЛФК, избирательный массаж, механотерапия). С целью устранения проявления местного и системного остеоартроза у лиц старшего возраста назначались: кальций Д3некомед форте или идеос по 1т – раза в день в течение 3-4 месяцев, остеогеном по 1т -2раза в день в течение 1-2 месяцев или осталон 1 т-1 раз в неделю в течение 2-4 месяцев, АТФ и никотиновая кислота по 1,0 внутримышечно в течение 10 дней. Во всех стадиях после консультации гинеколога, невропатолога отдельным категориям больных назначалась заместительная терапия.

Вывод. Нами изучены ближайшие и отдалённые результаты комплексного консервативного лечения остеоартроза таранно-пяточного сустава у 70 (80,1%) больных в течение трех лет. Хорошие результаты с полной ликвидацией болевого синдрома и восстановления движения голеностопного сустава.

Таким образом, наш опыт стационарного и амбулаторного, и санитарно-курортного комплексного восстановительного лечения показал, что эффективность лечения в зависимости от стадии и возрастного аспекта достигнута у 95% больных.

Список литературы

1. Носков С.М. Консервативное остеоартроза/ С.М. Носков. – СПб.: Спец. Лит, 2014. - 121с.
2. Белая Ж.Е. Эффективность профилактики остеопении препаратами кальция и витамином D, в постменопаузе с субклиническим тиреотоксикозом/ Ж.Е.Белая. [и др.]- М.: Медицина, 2007,118с.
3. Шапошников Ю.Г. Руководство травматология и ортопедия/ Ю.Г. Шапошников – М.: Медицина, 1997.-250с.
4. Лесняк О.М. Остеопороз / О.М. Лесняк. - М.: Медицина, 2012 - С.25-30.
5. Колосов В.А. Диагностика и тактика лечения больных с посттравматической рефлекторной симпатической дистрофией конечностей/ В.А. Колосов В.А. – СПб.: Спец.Лит, 2004. – С. 116.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Мирзокаримов У.М., Раззоков А.А., Аскаров А.Т.

Кафедра травматологии, ортопедии ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Остеопороз - заболевание скелета, для которого характерны снижение прочности кости и повышение риска переломов. В ряде эпидемиологических исследований было показано, что у женщин и мужчин с возрастом увеличивается количество переломов позвоночника и шейки бедра. При этом последствия подобных переломов приводят не только к снижению качества жизни, но и увеличивают риск смерти. Социальная значимость остеопороза определяется его последствиями - переломами позвонков и костей периферического скелета, что обуславливает значительный подъём заболеваемости, инвалидности и смертности среди лиц пожилого возраста, и соответственно, большие материальные затраты в области здравоохранения. При явлении остеопороза врачи любой специальности должны назначить специфическую антиостеопоротическую терапию, объясняя пациентам её необходимость. Снижая риск повторных переломов, мы реально способствуем увеличению продолжительности жизни пожилых людей.

Цель исследования - изучить роль кальция и витамина D при профилактике и лечении остеопороза на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний скелета у пожилых людей.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе данных о 68 больных остеохондрозом, сочетающимся с остеопорозом. Возраст больных от 40 до 70 лет и старше. Мужчин было 21 (35,1%), женщин 47 (64,9%), длительность заболевания составила от 1 года до 7 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Диагноз остеопороза базируется на обязательном определении костной массы с помощью денситометрии. Нами также была изучена визуальная оценка общепринятых рентгенограмм скелета, оценка биохимических показателей общего кальция и фосфора крови.

В основном больные жаловались на острые боли в спине, быструю утомляемость. Отмечалось ограничение движения в позвоночнике, а также атрофия и слабость мышц спины.

Детальность изучения содержания кальция показала, что у 50 больных выявлено снижение общего кальция в сыворотке крови (1,3-1,5м/моль/л), у 18 больных отмечено нормальное содержание кальция (2,0-2,5м/моль/л). Неорганический фосфор в сыворотке крови у 21 больного оказался в пределах 1,4-1,7 м/моль/л.

Поскольку кальций является основной структурной единицей костей скелета, ведется дискуссия о его роли в профилактике и лечении остеопороза. В организме человека содержится приблизительно 1000мг кальция, из которых 99% находится в скелете, в форме гидроксиапатита, и 1% - в внеклеточной жидкости и мягких тканях.

Ортопедическое обследование позволило выявить у 38 (55,8%) рефлекторные синдромы (люмбашиалгию, люмбаалгию), у 30 (44,11%) больных – компрессию корешков. В клинической картине ведущими симптомами были боль, нарушение походки, напряжение мышц спины. Имели место боль в костях скелета (крестце, седалищном бугре, большом вертеле), суставах, мышечная атрофия и слабость. У больных с явлением остеопороза отмечалась быстрая утомляемость и снижение физической активности.

Кальций поступает в организм с пищей. Наибольшее количество кальция содержится в молочных продуктах, рыбе, некоторых овощах, фруктах, хлебе, и мясе. Потребность в кальции здорового взрослого человека в различные периоды жизни составляет 1000-1500 мг кальция-элемента в сутки. Кроме того из поступившего с пищей кальция у взрослого человека в кишечнике всасывается менее половины, и только у детей в период быстрого роста и у женщин в периоды беременности и лактации всасывание кальция увеличивается, в то время как у пожилых лиц отмечается значительное снижение всасывания кальция. Если в организм поступает недостаточное количество кальция, скорее всего за этим последуют нарушение в фазе минерализации, что может привести к развитию остеопороза. При дефиците кальция возможно снижение костной массы за счет формирования вторичного гиперпаратиреоза, который вызывает повышенную костную резорбцию. Роль кальция и витамина D в костном обмене гормона. Они действуют синергично на костную ткань. Потребность, в зависимости от возраста, меняется в организме. Содержание кальция в пищевом рационе среднего жителя умеренного климата позволяет признать, что большинство населения ежедневно недополучает с продуктами питания до 500 мг кальция. Конечно, наилучшим способом покрытия потребности организма в кальции является, его получение в виде лекарственных препаратов.

Следует отметить важную роль, которую играет витамин D для организма в целом, поскольку в отличие от всех других витаминов, витамин D поступает в организм не только с пищей, но и может образовываться в коже под влиянием ультрафиолетовых лучей. Дальнейший метаболизм витамина D хорошо известен. Холекальциферол или эргокальциферол гидроксилируются в печени, образуя гидроксивитамин-D. Содержание этой промежуточной формы в крови составляет от 20 до 50 мг/мл.

С целью коррекции кальция в сыворотке крови больные получали кальций D-3 никомед форте - по 1 таблетке 2 раза в день, остеогенон - по 2 таблетки 1 раз в день, фосамакс – 70 мг 1 раз в неделю в течении месяца. Профилактика и лечение остеопороза способствовали исчезновению или уменьшению болевого синдрома и восстановлению функции суставов у 70% больных. Биохимические показатели после проведенного лечения нормализовались у 51 (75%) больного.

Большие успехи клинической медицины за последние годы в области лечения остеопороза привели к разработке и широкому внедрению современных принципов диагностики и лечения заболевания. Хорошо очерчены факторы риска, что позволяет грамотно проводить профилактические мероприятия. Клинические рекомендации предназначены для врачей общей практики, терапевтов, ревматологов, эндокринологов, травматологов, гинекологов и врачей других специальностей, занимающихся диагностикой и ведением больных остеопорозом.

Таким образом, анализ результатов проведенной профилактики и лечение остеопороза на фоне остеохондроза с учётом клинико-лабораторных исследований дал положительный результат у 70% больных.

Список литературы

1. Ершова, О.Б. Современный взгляд на роль препаратов кальция в реаниматологии / О.Б. Ершова, К.Ю. Белова // Русский медицинский журнал. – 2004. – Том 12, №20 (20) – С. 4-11.
2. Лесняк, О.М. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение / О.М. Лесняк, Л.И. Беневоленской / Клинические рекомендации. - Москва- ГЭОТАР-Медиа, 2012. - С.14-17.
3. Тропцова, Н.В. Профилактика постменопаузального остеопороза: роль препаратов кальция и витамина Д / Н. В. Тропцова // РМЖ. Ревматология. -2008. - Том 16, № 12. - С.1-5.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ГРЫЖ ДИСКА ПРИ МУЛЬТИФАКТОРНОМ СУЖЕНИИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ОТВЕРСТИЯ

Муродов Р.Р., Зокиров Ш.Ф., Шоназаров Н.О.

Лечебно-диагностический центр «Балх». Таджикистан

Актуальность. Важность диагностики и хирургического лечения больных с поясничным остеохондрозом, спондилоартрозом, стенозом обусловлена чрезвычайно большой распространенностью этой патологии, отсутствием единых представлений об их патогенезе, клинических проявлениях, и лечебной тактики. В последние годы наметилась тенденция недооценивать клинико-неврологические проявления, критерии достоверности диагноза, данных КТ и МРТ. Это ведет к напрасным операциям при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника, так как выявляемые грыжи дисков далеко не всегда оказывают компрессирующее воздействие на нервно-сосудистые образования. Неудовлетворительные результаты оперативного лечения больных с остеохондрозом часто бывают обусловлены игнорированием сопутствующего спондилоартроза, рефлекторно-болевого (некомпрессионных) синдромов, а также гипертрофии желтой связки, костно-хрящевых разрастаний тел позвонков и других факторов (компрессионных) сдавления, обуславливающих корешковый болевой синдром. Таким образом, выявление истинных причин корешкового болевого синдрома является залогом удовлетворительных результатов оперативного лечения.

Цель исследования. Изучить клинические проявления и рентгенологические факторы компрессии при корешковом болевом синдроме поясничного остеохондроза.

Материал и методы исследования. Проведен анализ истории болезни 86 больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, прооперированных в отделении нейрохирургии лечебно-диагностического центра «Балх» за период 2017 и первого полугодия 2019 гг. Мужчин было – 42(48,8%), женщин – 44(51,2%). Возраст варьировал от 28 до 65 лет. Всем больным проводились исследования позвоночника; обзорная рентгенография позвоночника, функциональная спондилография, нестабильность позвоночника определялась по шкале White-Panjabe, МРТ и КТ позвоночника. Интенсивность боли по шкале ВАШ.

Результаты исследования и их обсуждение. При осмотре больных особое внимание уделялось клинико-неврологическим проявлениям болезни. При корешковых болевых симптомах выяснялась природа болевого синдрома. По исключению некомпрессионной этиологии болевого синдрома использовали дополнительные методы исследования такие, как МРТ или КТ поясничного отдела позвоночника.

При анализе МРТ и КТ данных с латеральным стенозом корешкового канала, кроме грыжи межпозвоночного диска, выявлены и другие стенозирующие факторы, которые играют не последнюю роль в возникновении корешкового болевого синдрома. Безусловно, не все стенозирующие факторы имели компрессионное значение, но в сочетании даже с протрузией диска или гипертрофией желтой связки они могут вызывать сильный корешковый болевой синдром. Мультифакторное сужение корешкового отверстия отмечено у 48 больных с грыжей межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника, у которых выявлено по 2-3 стенозирующих фактора. Из них врожденный стеноз корешкового отверстия – 10 (20,8%) больных, гипертрофия желтой связки – 11(23%) , гипертрофия и остеофиты суставных отростков – 14 (29,1%), стеноз позвоночного канала – 6 (12,5%) , синовиальная киста суставного отростка - 2 (4,2%), остеофит тела позвонков выявлен у 2 (4,2%) больных. Спондилолистез в сочетании с грыжей диска отмечен у 3 (6,2%) больных. Боли в спине и корешковые боли по ВАШ составили $7,5 \pm 2$.

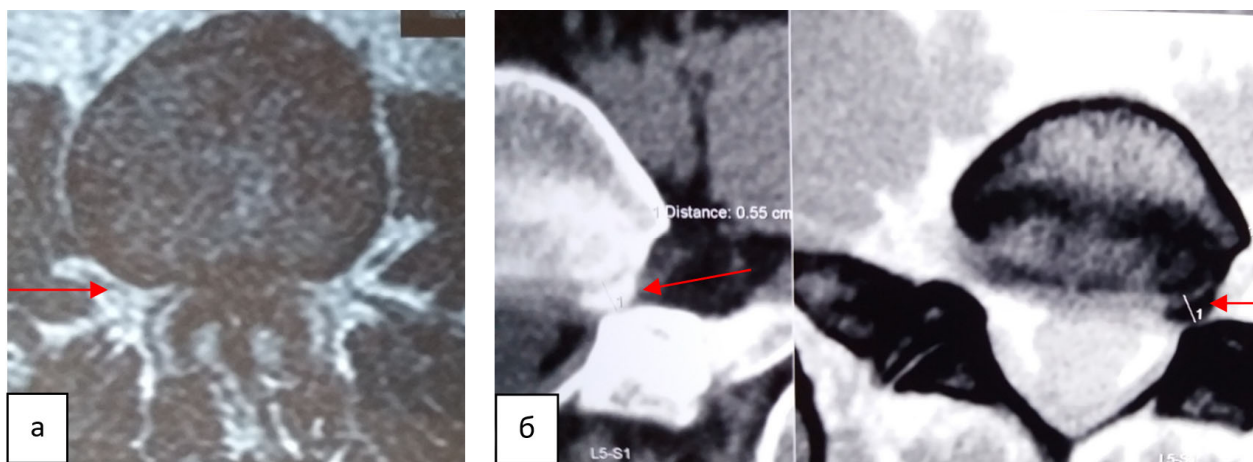


Рис.1 Комбинированный стеноз; спондилоартроз, грыжа межпозвоночного диска, врожденный узкий позвоночный канал (а), краевой остеофит тела позвонка (б).

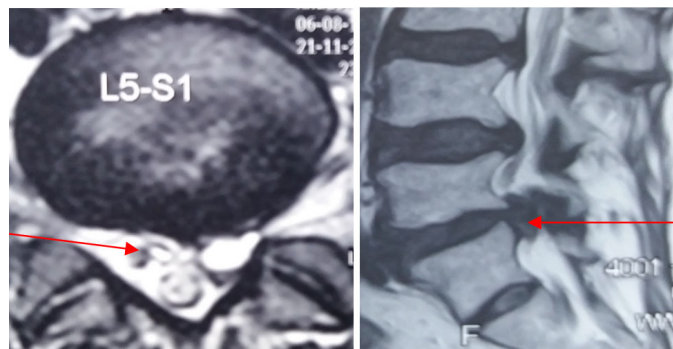


Рис.2 Протрузия межпозвоночного диска, синовиальная киста дугоотростчатых суставов (а), грыжа МПД L4-L5 позвонков с гипертрофией желтой связки

Объем декомпрессии для каждого пациента определяется индивидуально, основываясь на данных клинического обследования и данных КТ и МРТ исследований. 11 (23%) больным проведена расширенная интерламинарная микродискэктомия с удалением гипертрофированной желтой связки и декомпрессией нервных корешков по Кроссоверу. 10 (20,8%) больным проведена операция расширенная интерламинарная декомпрессия с форамеотомией. 18 (28,9%) больным проведена частичная фасетэктомия с удалением остеофитов тел позвонка и удалением синовиальной кисты. По поводу стеноза позвоночного канала 6 (12,5%) больным проведена гемиламинэктомия. При спондилолистезе 3 (19,2%) больным проведена микродискэктомия с редукцией и транспедикулярной фиксацией позвонков.

Оценку результатов хирургического лечения проводили на основании клинико-неврологических данных, данных шкалы боли ВАШ. **Хорошие** (легкие боли и легкий корешковый болевой синдром) результаты получены у 40 (83,3%) больных, у 6 (12,5%) больных – **удовлетворительный** (небольшие затруднения ходьбы при восстановленной работоспособности) и у 2 (4,2%) больных – **неудовлетворительный** (утрата работоспособности и продолжение болей) результат. Интенсивность боли по ВАШ в послеоперационном периоде составил $1,5 \pm 1$.

Заключение. Представленный анализ результатов диагностики и лечения больных с мультифакторным стенозом позвоночного канала в поясничном отделе позвоночника показал, что выбор адекватного метода лечения возможен только после полноценного клинико-неврологического осмотра и нейровизуализации с применением новейших лучевых методов исследования, таких как МРТ и КТ. Только выявление истинных причин компрессии и дифференцированный подход к лечению данной патологии позволило повысить эффективность лечения и добиться получения хороших результатов.

Список литературы

1. Джумабеков, С.А. Хирургическое лечение повреждений и дегенеративных поражений грудопоясничного отдела позвоночника / С.А. Джумабеков, Ж.Д. Сулайманов, // Монография.- Бишкек, 2008 - 302 с.
2. Коновалов, Н.А. Клинические рекомендации по диагностике и лечению дегенеративного стеноза позвоночного канала на пояснично-крестцовом отделе позвоночника / Н.А. Коновалов, А.А. Гринь, О.Н. Древаль, Р.С. Джинджихадзе. - Москва, 2015. - 21 с.
3. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника / А.А. Луцик [и др.]. - Новосибирск: Наука, 2012. – 264 с.
4. Назаренко, А.Г. Выбор оптимальной хирургической тактики при дегенеративных заболеваниях пояснично-крестцового отдела позвоночника с использованием информационно-аналитической системы и компьютерного моделирования: Дис. ... док. мед. наук / А.Г. Назаренко. – Москва, 2012. - 186 с.
5. R. Coronado-Zarco [et al.]: Effectiveness of calcitonin in intermittent claudication treatment of patients with lumbar spinal stenosis: a systematic review./ R. Coronado-Zarco [et al.] // Spine (Phila Pa 1976). – 2009. – V.34,N22. - E818-822.

ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА. ШЕЙНАЯ МИЕЛОПАТИЯ

Р.Р. Муродов, Ш.Ф. Зокиров, Н.О. Шоназаров

Лечебно-диагностический центр «Балх». Таджикистан

Актуальность. В структуре заболеваемости периферической нервной системы вертеброгенная патология является ведущей, а основное место в ней (77–81%) занимает остеохондроз позвоночника. Следует отметить, что 10-15% случаев общей нетрудоспособности приходится на больных с дегенеративными изменениями позвоночника, в том числе 45-52% приходится на больных с патологией шейного отдела позвоночника. Шейная миелопатия является одним из распространенных тяжелых заболеваний лиц пожилого возраста. В основе дискогенной шейной миелопатии лежит сдавление спинного мозга и его магистральных сосудов различными структурами пораженного остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Цель исследования. Диагностика, тактика лечения шейной миелопатии.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 176 больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, обратившихся и получивших консервативное лечение в отделении нейрохирургии лечебно-диагностического центра «Балх» за период 2017 и первое полугодие 2019 гг. Мужчин было – 112(69,3%), женщин – 64(36,4%). Возраст варьировал от 28 до 65 лет. Всем больным проводились исследования позвоночника; обзор-

ная рентгенография, денситометрия, функциональная спондилография, нестабильность позвоночника по шкале White-Panjabe, МРТ и КТ позвоночника. Определялась сила мышц по 5 бальной шкале, интенсивность боли по шкале ВАШ. Проводилась ультразвуковая доплерография и МРТ в сосудистом режиме позвоночных артерий, определялась площадь позвоночного канала.

Результаты исследования и их обсуждение. Основными жалобами больных с шейным остеохондрозом были боли в шейном отделе позвоночника с иррадиацией боли в руки, плечевой пояс, межлопаточную область, головные боли, головокружение, кардиальный синдром, онемение и слабость в руках и ногах. Из 176 больных признаки миелопатии выявлены у 25 (14,2%). При проведении анализа больных выявлены причины миелопатии: грыжи межпозвоночных дисков шейного отдела позвоночника – 15(8,5 %), грыжи межпозвоночных дисков с гипертрофией задней продольной связки – 8 (4,5%) больных, комбинированный стеноз позвоночного канала шейного отдела позвоночника – 2(6,8%) больных.

На представленных снимках приведены примеры сдавление спинного мозга различными субстратами при остеохондрозе шейного отдела позвоночника.

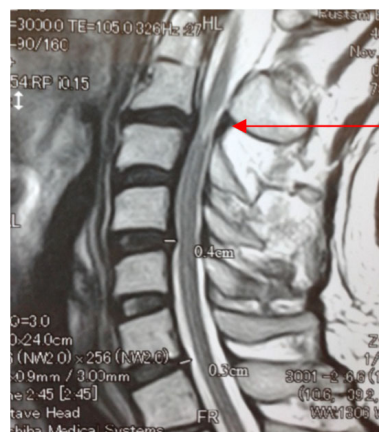


Рис. 1 Грыжа МПД С6-С7 Рис.2 Дискогенная миелопатия на уровне С2-С3 позвонков. Стеноз позвоночного канала.

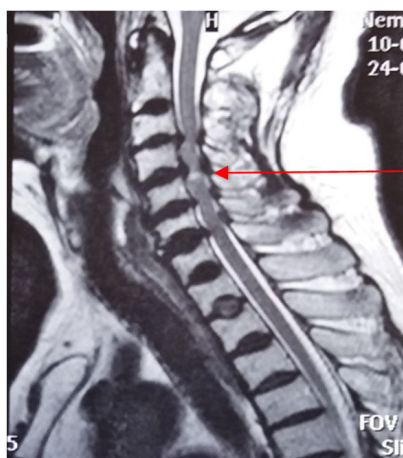


Рис.3 Грыжа МПД с миелопатией Рис. 4 Грыжа МПД С4-С5, С5-С6 с на уровне С3-С4, С4-С5 позвонков. оссификацией задней продольной связки.

Оценка неврологического дефицита у больных с шейной миелопатией (n=25)

Критерии по шкале Frankel	Количество больных	% Соотношение
A	-	-
B	-	-
C	3	12%
D	22	88%
E	-	-
Итого:	25	100

A – полное нарушение двигательной и чувствительной функции

B – полное выпадение двигательной и частично чувствительной функции

C – слабые двигательные нарушения, сила мышц менее 3 баллов, с частичным сохранением чувствительности

D – двигательная сила достаточна, сила мышц 3 балла и более с неполным нарушением чувствительности

E – норма, двигательных и чувствительных выпадений нет.

Интенсивность боли по шкале ВАШ составляла 8 ± 2 балла. На функциональных снимках и по шкале White-Panjabe (5 и более баллов) нестабильность выявлена в 3 случаях. При стенозе позвоночного канала сагитальный размер позвоночного канала составил менее 10 мм (норма 14-21 см).

На ранней стадии болезни больным назначалась консервативная терапия, включающая НВПС, сосудорасширяющие препараты, группу витаминов, рассасывающую терапию, физиотерапию, ЛФК.

При неэффективности лечения у больных с признаками компрессии спинного мозга, миелопатии и нарастания клиники предлагалось оперативное лечение.

Оперативное лечение в мировой практике при грыжах диска, нестабильности позвонков предлагает переднюю декомпрессию позвоночника с установлением различных межтеловых имплантов с последующей фиксацией позвонков пластикой; при протяженной гипертрофии задней продольной связки, врожденном и дегенеративном стенозе - заднюю декомпрессию в виде ламинопластики остистых отростков, ламинэктомии. У нас в клинике проводится передняя декомпрессия шейного отдела позвоночника с последующей установкой межтеловых кейджей из пористого Никелид Титана Российского производства (г. Новокузнецк). Внедряются и используются межтеловые кейджи и пластины для передней фиксации Белорусского производства.

Нами произведено 6 операций на шейном отделе позвоночника, в том числе 2 с установкой межтеловых имплантов. Послеоперационный период отмечался регрессом корешкового болевого синдрома, частично чувствительным и двигательным расстройством.

При изучении ближайших (до 3 мес.) и отдаленных (свыше 3 мес.) результатов хирургического лечения в первую очередь было обращено внимание на динамику болевого синдрома, регресс неврологических нарушений, осложнения, связанные с оперативным вмешательством, на период ремиссии и рецидив корешковых болей в послеоперационном периоде. Болевой синдром по ВАШ снизился с 8 до 1 ± 2 . Отмечено улучшение двигательных и чувствительных нарушений, сила мышц с 3 баллов возросла до $4 \pm 0,5$. В хорошем состоянии выписаны 4 (66,6%) больных, в удовлетворительном - 2 (33,4%). Интра- и послеоперационных осложнений не отмечено.

Выводы. 1. Шейная миелопатия является тяжелым заболеванием позвоночника и спинного мозга, которое требует внимательного дифференцированного подхода к лечению данной патологии.

2. Выбор метода оперативного лечения зависит от выявленной патологии и компрессионного субстрата.

3. При выборе оперативного лечения необходимо использовать современные методы оперативного лечения с использованием современного оборудования, инструментов и металлоконструкций.

Список литературы

1. Хабилов, Ф.А. Руководство по клинической неврологии позвоночника / Ф.А. Хабилов. – Казань: Медицина, 2006. – 520с.
2. Цементис, С.А. Дифференциальная диагностика в неврологии и нейрохирургии / С.А. Цементис. – Москва: «ГЭОТАР - Медиа», 2005. – С. 202-213.
3. Луцки, А.А. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника/ А.А. Луцки, Г.Ю. Бондаренко, А.В. Крючко. - Новосибирск: наука, 2012. – 264 с.
4. Диагностика и тактика хирургического лечения больных с первичными опухолями позвоночника / А.О. Гуца [и др.] // Клинические рекомендации. –Москва. 2015. - 23с.
5. Descriptive epidemiology of malignant and nonmalignant primary spinal cord, spinal meninges, and cauda equina tumors / L.M. Duong [et al.] // United States, 2004-2007. Cancer – 2012. - N118. – P.4220-4227.

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Мусоев Д.А., Достиев А.Р., Холбоев С.А., Курбонов Ч.Ч.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан
Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Актуальность. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость (ОТКН) является одним из самых тяжелых и опасных осложнений рака левой половины толстой кишки (РЛПТК). На сегодняшний день остаются не до конца разработанными схемы лечения данных больных в хирургических стационарах общего профиля, не всегда учитываются особенности лечения онкологического больного, послеоперационная летальность остаётся на высоком уровне - до 41% [1, 2]. После радикальных операций летальность достигает 25%, а после паллиативных - 47% [3, 4].

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью опухолевого генеза левой половины толстой кишки.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 110 больных с ОТКН, обусловленной РЛПТК, которые были оперированы в ГУ МЦЗ №2 имени академика К.Т.Таджиева на базе кафедры общей хирургии №1 за период 2008-2018 гг. Больные были распределены на 2 клинические группы. В первую (основную) группу были включены 53 (48,2%) больных, в диагностике и лечении которых применялись современные технологии с использованием радикальных оперативных вмешательств. Контрольную группу составили 57 (51,8%) пациентов, в диагностике и лечении которых применялись общеизвестные методики и тактика.

В основной группе мужчин было 29 (54,7%), женщин - 24 (45,3%), в контрольной группе женщин было 29 (50,9%), мужчин - 28 (49,1%). Лица пожилого возраста составили 72 (65,5%) человека, на долю старческого возраста приходилось 24 (21,8%) пациента, в молодом и среднем возрасте было 14 (12,7%) пациентов.

Локализация обструктивного процесса в левой половине толстой кишки с развитием толстокишечной непроходимости у пациентов основной и контрольной групп практически была схожей (таблица 1).

Таблица 1

Локализация опухолей левой половины толстой кишки у больных основной и контрольной групп (n=110)

Локализация опухоли левой половины ободочной кишки	Основная группа (n=53)	Контрольная группа (n=57)	Всего
Рак поперечно-ободочной кишки	2 (1,8%)	3 (2,7%)	5 (4,5%)
Рак селезённого угла	6 (5,5%)	8 (7,3%)	14 (12,7%)
Рак нисходящего отдела ободочной кишки	12 (10,9%)	11 (10,0%)	23 (20,9%)
Рак сигмовидной кишки	14 (12,7%)	15 (13,6%)	29 (26,4%)
Рак прямой кишки	19 (17,3%)	20 (18,2%)	39 (35,5%)

Сроки поступления в стационар от момента заболевания колебались от 2-х до 5-и суток. При этом 74 (67,3%) больных основной (n=34) и контрольной (n=40) групп поступили на 3-и сутки, что составило большую часть больных. Лишь 19 (17,3%) пациентов основной (n=9) и контрольной групп (n=10) поступили на 5-е сутки от момента заболевания.

На основании комплексного исследования, согласно классификации ГНИ Колопроктологии г. Москва (В.Д. Фёдоров и Г.И. Воробьёв), больные основной и контрольной групп были распределены на 3 степени толстокишечной непроходимости. У 49 (92,5%) пациентов основной группы отмечалась стадия декомпенсации (n=28) и субкомпенсации (n=21), лишь у 4 (7,5%) больных отмечалась стадия компенсации. В контрольной группе в стадии декомпенсации (n=31) и субкомпенсации (n=23) было 54 (94,7%) больных, а в стадии компенсации 3 (5,3%). В 67 (60,9%) наблюдениях больные были оперированы на II и III стадиях заболевания, в 16 (14,5%) - в I стадии и в 27 (24,5%) - в IV стадии ракового процесса.

Результаты исследования и их обсуждение. В предоперационном периоде всем пациентам проводилась интенсивная консервативная терапия. Больным основной группы в 42 наблюдениях для снижения риска возникновения тяжёлых послеоперационных осложнений, летальных исходов, а также выполнения радикальных оперативных вмешательств в более благоприятных условиях в отсроченном и плановом порядке, выполняли различные методики декомпрессивных миниинвазивных вмешательств (таблица 2).

Таблица 2

Характер декомпрессивных миниинвазивных вмешательств при ООТКН левой половины толстой кишки (n=42)

Декомпрессивные миниинвазивные вмешательства	n	%
Эндоскопическая реканализация стенозирующей опухоли	16	38,1
Формирование микротрансверзостом	9	21,4
Формирование микроэнтеростом	5	11,9
Формирование микроцекастомы	7	16,7
Стентирование стенозирующей опухоли левой половины толстой кишки	5	11,9
Всего	42	100,0

После проведения миниинвазивных декомпрессивных вмешательств в 6 (14,3%) наблюдениях из 42 отмечен летальный исход на 1-2 сутки, причинами которого являлись тяжелые сопутствующие заболевания. В остальных 36 (85,7%) случаях отмечали гладкое послеоперационное течение, выражающееся в снижении показателей эндотоксемии, купировании тяжелых сопутствующих патологий.

После декомпрессивных миниинвазивных вмешательств на 5-е сутки значение по шкале АРАСНЕ II составило $14,4 \pm 1,3$ баллов. Выявлено, что при поступлении вероятность септических осложнений и летальность составляла $24,3 \pm 2,6$ балла, а на 3-е сутки – $21,4 \pm 1,8$ балла. На основании этих данных можно предположить, что миниинвазивные декомпрессивные вмешательства являются безопасным и эффективным методом разрешения ООТКН.

Придерживаясь дифференцированной хирургической тактики, основанной на использовании современных миниинвазивных декомпрессивных методик, в 36 (67,9%) наблюдениях после разрешения ООТКН пациенты были подвергнуты дальнейшему всестороннему обследованию. 11 пациентов (20,8%) с ООТКН в стадии компенсации (n=4) и субкомпенсации (n=7) были подвергнуты одномоментной радикальной операции.

Следует отметить, что при дообследовании 36 больных с ООТКН, подвергшихся миниинвазивным декомпрессивным вмешательствам, в 9 (17,0%) наблюдениях в дальнейшем выявлена распространённость ракового процесса, и эти вмешательства оказались окончательным хирургическим пособием. Пациенты были переданы онкологам. Остальным 27 (50,9%) больным были выполнены радикальные вмешательства (табл. 3).

Таблица 3

Характер оперативных вмешательств основной группы при ООТКН (n=38)

Характер операции	Количество	%
Левосторонняя гемиколэктомия	14	36,8
Резекция сигмовидной кишки	10	26,3
Резекция поперечно-ободочной кишки	2	5,3
Передняя резекция прямой кишки	8	21,1
Нижняя передняя резекция прямой кишки	4	10,5
Всего	38	100,0

При ООТКН у пациентов контрольной группы в 57 (100%) наблюдениях придерживались общепринятой традиционной хирургической тактики. Комплексное консервативное лечение оказалось эффективным в 10 (17,5%) наблюдениях, эти больные в последующем были оперированы в отсроченном порядке. В предоперационном периоде при консервативном лечении без операции умерли 5 (8,8%) больных. Оперативному лечению были подвергнуты 52 (91,2%) больных контрольной группы (табл.4).

Таблица 4

Вид оперативных вмешательств при ООТКН у больных контрольной группы (n=52)

Характер оперативных вмешательств	n	%
Левосторонняя гемиколэктомия	9	17,3
Резекция сигмовидной кишки	8	15,4
Передняя резекция прямой кишки	7	13,5
Резекция поперечно-ободочной кишки	3	5,8
Брюшинно-анальная резекция прямой кишки	3	5,8
Трансверзостомы	12	23,1
Сигмостома	5	9,6
Операция Гартмана	5	9,6
Всего	52	100,0

Для оценки результатов хирургического лечения больных основной и контрольной групп большое значение имеют непосредственные и отдаленные результаты. Так, непосредственные результаты лечения ООТКН были изучены у 38 больных (71,7%) основной группы и 52 из контрольной (91,2%) группы (табл. 5).

Таблица 5

Характер послеоперационных осложнений у больных с ООТКН

Характер осложнения	Основная группа (n=38)		Контрольная группа (n=52)		p
	абс	%	абс	%	
Нагноение лапаротомной раны	3	7,9	10	19,2	>0,05
Эвентрация	1	2,6	3	5,8	>0,05
Несостоятельность швов анастомоза	2	5,3	9	17,3	>0,05
Абсцесс брюшной полости	-	-	2	3,8	
Некроз колостомы	-	-	2	3,8	
Острый инфаркт миокарда	1	2,6	1	1,9	>0,05
Пневмония	1	2,6	-	-	
Всего	8	21,1	27	51,9	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

Вывод. Таким образом, внедрение современных миниинвазивных декомпрессивных вмешательств в хирургии ООТКН позволяет в значительной степени снизить количество осложнений и летальных исходов за счет снижения эндотоксемии, улучшения общего состояния и выполнения радикальных вмешательств в более благоприятных условиях для больного.

Список литературы

1. Аксель Е.М. Колоректальный рак (заболеваемость, смертность, социально-экономический ущерб) / Е. М. Аксель, Н. М. Бармина // Российский онкологический журнал. – 2013. – №6. – С. 40–46.
2. Помазкин В.И. Влияние тактики лечения обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости на непосредственные результаты и качество жизни больных / В. И. Помазкин // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2010. – Т. 169, № 5. – С. 62–65.
3. Результаты лечения обтурационной толстокишечной непроходимости / Ю.В. Рябков [и др.] // Колопроктология. – 2015. – № 1 (51). Прил. – С.133-134.
4. Colorectal cancer with intestinal perforation – a retrospective analysis of treatment outcomes / Z. Banaszkiwicz, L. Woda, L. Tojek, P. Jarmocik // Contemp Oncol (Pozn). – 2014. – № 6 (18). – P. 414–418.

ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Мустафакулов С.С., Шамсиев Дж.А., Усмонов Б.Н., Сидиков А.Ш.
Кафедра урологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность изучения проблемы хронического бактериального простатита обусловлена широким распространением заболевания, влияющим на репродуктивную функцию и качество жизни больных. По мнению некоторых авторов, хронический простатит диагностируется в 40–70 % случаев [1, 2]. По данным отечественных и зарубежных авторов, в 60 % случаев диагностируется хронический инфекционный простатит [3, 4].

В последнее время обращает на себя внимание факт увеличения частоты этой нозологии как в России, так и в других странах. Это связано, в первую очередь, с широким распространением малоподвижного образа жизни, ухудшением экологической обстановки, бесконтрольным применением лекарственных препаратов, аллергизацией населения, вредными условиями труда (переохлаждения, вибрация) [3].

В современной практике существует две основные теории возникновения хронического простатита. Суть первой - инфекционной теории состоит в том, что различные болезнетворные микроорганизмы вызывают воспали-

тельный процесс в клетках простаты. Согласно второй теории возникновения хронического простатита, ведущую роль играет застой и нарушение микрогемодикуляции в предстательной железе, что влечет за собой создание благоприятных условий для жизнедеятельности и размножения болезнетворных бактерий. По имеющимся данным, такой механизм развития болезни наблюдается у 2/3 пациентов [5].

Цель исследования. Установить основные факторы риска развития хронического бактериального простатита в амбулаторной практике.

Материалы и методы исследования. Анализированы 73 амбулаторные карты пациентов с патологиями урогенитального тракта в возрасте от 23 до 67 лет за 2017 год в центре здоровья №12 города Душанбе.

В результате проведенного комплексного клинико-лабораторного обследования у всех мужчин во время осмотра был диагностирован хронический бактериальный простатит, группу контроля составили 30 здоровых мужчин, сопоставимые по полу и возрасту.

Субъективные ощущения ХБП оценивали со шкалой симптомов хронического простатита, разработанной Национальным институтом здоровья США (NIH-CPSI). Учитывали локализацию, интенсивность, наличие иррадиации, характер болевого синдрома и наличие нарушений акта мочеиспускания. Проводили ректальное пальцевое исследование с целью выявления местной болезненности, формы, размера, консистенции, выраженности срединной бороздки предстательной железы и ультразвуковое исследование. Использовали четырехстаканную пробу с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

Диагноз ХБП ставился на основании следующих диагностических критериев: повышенного содержания лейкоцитов в секрете предстательной железы, рост патогенных микроорганизмов, наличия болевого синдрома в промежности, экзогенной неоднородности предстательной железы и увеличение ее размеров при ультразвуковом исследовании.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведенный анализ анамнестических данных указывает, что длительность заболевания у 77,0 % больных ХБП составляла от 3 лет и более. ХБП чаще встречался в возрасте от 35 до 43 лет по сравнению с другими возрастными группами.

Наиболее часто из перенесенных заболеваний в детском возрасте оказались патологии ЛОР-органов: скарлатина (30,0%), эпидемический паротит (22,0%) и инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовых органов: хронический пиелонефрит (23,3%), нефролитиаз (14,2%) и перенесенные детские инфекционные заболевания: ветряная оспа (11,6%), краснуха (10,3%) корь (6,4%), вирусный гепатит (9,0%) и реже встречались заболевания органов дыхания: бронхиальная астма (3,8%), пневмония (2,5%).

Со стороны клинических проявлений у всех пациентов с ХБП преобладал болевой синдром и дизурические расстройства. Из перенесенных заболеваний наиболее часто оказывались: варикоцеле (43,0%), эпидимитит (24,6%), болезни, передаваемые половым путем (22,0%) и мужское бесплодие (14,2%).

Таким образом, основными факторами риска, способствующими развитию хронического бактериального простатита являются патологии ЛОР-органов, инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовых органов и перенесенные детские инфекционные заболевания, реже встречались заболевания органов дыхания. Со стороны клинических проявлений у всех пациентов с ХБП преобладал болевой синдром и дизурические расстройств

Список литературы

1. Микробиологический спектр и антибиотикочувствительность уропатогенов, выделенных при хроническом бактериальном простатите / Х.С. Ибишев [и др.] // Эффективная фармакотерапия. - 2012. - N 39. - С.28-30.
2. Микробный спектр секрета предстательной железы и факторы персистенции бактерий, обнаруженных при хроническом бактериальном простатите / Ю.Л. Набока [и др.] // Бюллетень Оренбургского научного центра УрО РАН. - 2012. - № 3. - С.11.
3. Осадчук, Л.В. Влияние простатита и варикоцеле на репродуктивные показатели молодых мужчин / Л.В. Осадчук, А.В. Попова, Н.А. Ворошилова // Экспериментальная и клиническая урология. - 2014. - №2. - С.77-81.
4. Epidemiology of prostatitis / J.N. Krieger [et al.] // Int J Antimicrob Agents. - 2008. - Vol. 31, Suppl 1. - P. 85-90.
5. Prevalence of prostatitis-like symptoms in a population based study using the National Institutes of Health chronic prostatitis symptom index / J.C. Nickel, J. Downey, D. Hunter, J. Clark // J Urol. - 2001. - Vol.165, N3. - P. 842-845.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО РЕТРОРЕКТАЛЬНОГО ПАРАПРОКТИТА

Мухаббатов Дж.К., Давлатов Дж.Дж., Нозимов Ф.Х., Каримов Ш.А.

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. В структуре гнойной хирургии частота острого парапроктита среди неотложных проктологических больных составляет от 20 до 40% [1, 3, 4]. По данным Боровикова О.П., сложные формы острого парапроктита встречаются у 34% пациентов [2]. Среди сложных форм ОП, наиболее трудно диагностируемым является острый ретроректальный парапроктит (ОРП), частота которого, по данным многих авторов, составляет от 2,8 до 16,6% [5, 6]. Несмотря на улучшение диагностики и тактики хирургического лечения острого парапроктита, большинство больных, особенно с пельвиоректальным и ретроректальным парапроктитом, поступает с запущенными формами, такими как флегмона промежности или развитие анаэробного парапроктита.

Учитывая топографо - анатомическую особенность ретроректального пространства и возможность использования современных методов диагностики для ранней диагностики ОРП с целью профилактики осложнений данного заболевания, является актуальным вопросом неотложной проктологии.

Цель исследования. Улучшение диагностики острого ретроректального парапроктита с учетом клинических форм заболевания.

Материал и методы исследования. За период с 2008 по 2018 г, в колопроктологическое отделение ГУ ГМЦ №2 г. Душанбе с диагнозом острый парапроктит (ОП) госпитализировано 1292 больных в возрасте от 18 до 85 лет. Основную часть заболевших составили лица трудоспособного возраста от 21 до 62 лет, что составляет 92,6%. Из общего числа больных с ОП ретроректальный парапроктит (РП) выявлен у 152 пациентов (11,8%). Среди них было мужчин 127(83,6%) и женщин 25(16,4%). Все больные госпитализированы в поздние сроки (от 5 до 14 суток и более) от начала заболевания. Диагноз ставился на основании клинических, инструментальных а также УЗИ с линейным и ректальным датчиками.

Результаты исследования и их обсуждение. Исходя из топографо-анатомической особенности ретроректального пространства (Нитгер), все больные с ОРП в зависимости от ретроректального пространства распределили на следующие клинические формы: низкая, средняя и высокая. (Рац. предложение).

Во время диагностики у 42 (27,6%) пациентов с низкой формой ОРП выявлены все клинические признаки воспаления (припухлость, покраснение, болезненность и повышение местной температуры). При такой форме ОРП не были показания для проведения RRS. 34(80,9%) пациентов проводили УЗИ с линейными датчиками. Из них у 5(11,9%) случаев выявлено, что гнойная полость располагается в подкожном пространстве справа и слева, а у 3(4,3%) пациентов в подслизистом пространство. В ходе оперативного вмешательства установлено, что первичная гнойная полость, находится в нижнем этажи ретроректального пространство. (Рис. 1.а).

Из 58(38,2%) больных со средней формой ОРП, местные признаки воспаления выявлены у 17 пациентов в виде покраснения, у 23 больных выявлена припухлость во время пальцевого исследования, у 19 пациентов отмечено повышение местной температуры, у 11 больных выявлено повышенная температуры тела до 38,5⁰С, и у всех пациентов была болезненность в области анального канала. RRS проводили 9 пациентам, остальные из-за болезненности отказались от данного исследования. 38(73,1%) больным проведено УЗИ, из них у 23(44,2%) пациентов установлено, что кроме позадианального пространства гнойный процесс распространяется в другие полости: задний подковообразный у 6 больных, ишиоректальный-15, пельвиоректальный-4. Из 4 пациентов с гнойный процесс с переходом в пельвиоректальное пространство, у одного больного диагностирован анаэробный парапроктит. У 4(7,6%) пациентов осложнениями РП были среднего возраста и 6(11,5%) из них старческого возраста и у них были сопутствующие заболевания: сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания и др. Во время оперативного вмешательства выявлено, что основным источником гнойного процесса, является средний этажа ретроректального пространства. (Рис. 1-б).

У 52(34,2%) больных при высоких формах ОРП отмечали общие признаки воспаления: повышение температуры тела, учащенный пульс, сухость во рту и др. У 11(21,2%) пациентов были дискомфорт во время акта дефекации и болезненность при пальцевом исследовании. 19(36,2%) пациентам проводили RRS(7-из них были информативным). УЗИ(линейными и ректальными датчиком) проводили 38(73,1%) пациентам, дало точную локализацию гнойной полости. Из 52 больных высокой формы 35 (67,3%) пациентов поступили с осложнениями: ишиоректальный-15, пельвиоректальный-11, забрюшинная флегмона-5, гангрена Фурне-2. Из них у 4 пациентов выявлен анаэробный парапроктит. У 66,7% осложнения были у старческого возраста, с сопутствующие заболевания. Во время хирургического вмешательства установлено, что первичная локализация гнойного воспаления, является в высоком этаже ретроректального пространства. (Рис 1-в).

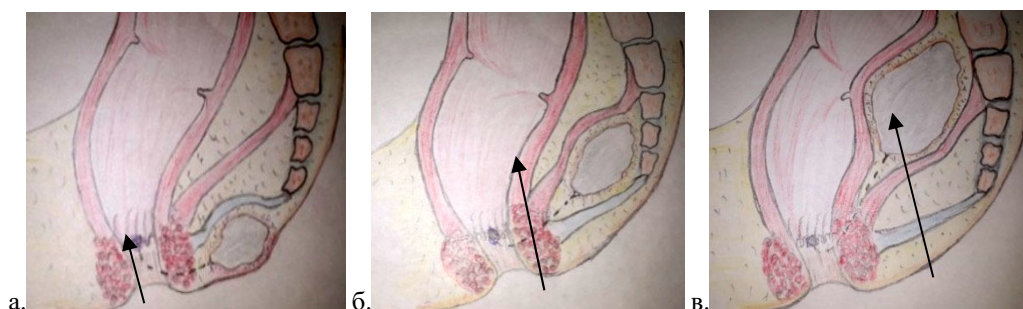


Рис.1(а,б,в). Формы ретроректального парапроктита

Во время исследования и ход оперативного вмешательства установлено, что в большинства случаев осложнения ОРП бывают при средней и высокой формах. В зависимости от топографо-анатомической особенности в среднем этаже ретроректального пространство имеется меньший объём пространства и гнойных процесс быстро распространяется в других пространствах. На высоком этаже ретроректального пространства по бокам не имеется определённая граница и сверху по ходу нервно-сосудистого пучка гнойный процесс переходит в ишиоректальное, пельвиоректальное и забрюшинное пространство.

Заключение. Для ранней диагностики ОРП и его осложнений, особое значение имеют этажи ретроректального пространства и применение УЗИ с линейным или ректальным датчиком.

Список литературы

1. Болквдзе Э.Э. Сложные формы острого парапроктита (клиника, диагностика, лечения. афторов. дис. на соискание к.м.н./ Э.Э. Болквдзе. –Москва,-2009г.с-36.
2. Боровикова О.П., Особенности течения и оперативного лечения разных форм глубоких парапроктитов от пола больного. афторов. дис. на соискание к.м.н./ О.П. Боровикова.-Санкт-Петербург.-2008г. С-32.
3. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. // Г.И. Воробьев– М.:МИА, 2006. – 432.

4. Дульцев Ю.В. Парапроктит// Ю.В. Дульцев К.Н. Саламов - М.: Медицина, 1981. 263с.
5. Суфияров Р.С. Лечение парапроктита, вызванного ассоциациями ST. AUREUS CPR. VULGARIS, MORGANELLA MORGANII И ENTEROBACTER AGGL// Р.С. Суфияров, М.А. Нуртдинов, З.Г. Габидуллин, А.А. Габдрахманова/ Вестник ЮУрГУ, 2012. №8. С-70-73.
6. Toyonaga T. Comparison of accuracy of physical examination and endoanal ultrasonography for preoperative assessment in patients with acute and chronic anal fistula// T. Toyonaga, Y. Tanaka, J.F. Song/ Tech Coloproctol. 2008. №3. С-34-39.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М., Нозимов Ф.Х., Каримов Ш.А.
Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Одним из самых распространенных заболеваний прямой кишки является хронический парапроктит. Частота встречаемости свищей прямой кишки среди всех проктологических заболеваний варьирует от 7,6% до 45% [3]. Сложные формы заболевания с экстрасфинктерным (ЭСПК) и высоким транссфинктерным (ВТСПК) расположением свищевого хода выявляются в 30-45% наблюдений у пациентов с хроническим парапроктитом [1]. Лечение ВТСПК и ЭСПК остается весьма трудной и актуальной проблемой современной колопроктологии. Это обусловлено высоким процентом рецидивов болезни (8-22%), а также нередко развивающейся послеоперационной недостаточностью анального сфинктера (НАС) прямой кишки, частота которой достигает 30-78% от общего числа оперированных по поводу данной патологии больных. Исключение развития послеоперационной анальной инконтиненции является приоритетной задачей в лечении сложных свищей прямой кишки [4].

Сахарный диабет (СД) является одним из самых распространенных заболеваний современности. СД II – типа встречается у 2–6% взрослого населения и достигает цифры около 120 млн. человек. По прогнозам экспертов ВОЗ, к 2025 г. число больных СД второго типа будет свыше 250 млн. человек [2]. Исходя из этого, существует особая потребность в улучшении результатов лечения больных с параректальными свищами в сочетании с сахарным диабетом, у которых заживление послеоперационной раны промежности происходит в условиях нарушенной микроциркуляции и высокого контакта с микрофлорой кишечника.

Цель исследования. Профилактика ранних осложнений после иссечения сложных свищей прямой кишки у больных СД II – типа путём усовершенствования и сочетания пластического и лигатурного методов хирургического лечения.

Материал и методы исследования. В работе представлены результаты обследования и лечения 34 больных с ВТСПК и ЭСПК, находившихся на лечении в отделении колопроктологии ГУ ГЦЗ №2 г. Душанбе с 2009 по 2018 годы. Средний возраст пациентов составил 53,6 лет, мужчин – 25, женщин – 9 (Табл. 1).

Таблица 1. - Возрастно-половой состав больных

Пол	Возраст			Всего
	20-39	40-59	60 и старше	
мужчины	-	21	4	25
женщины	-	8	1	9
Итого:	-	29	5	34

Больные были разделены на две группы: основную, в которую включены 18 больных и контрольную – 16 больных. Пациенты основной группы получили предложенный нами способ хирургического лечения, а контрольная группа – традиционные методы. Давность свищей прямой кишки была от 3 месяцев до 10 лет.

Для диагностики свищей прямой кишки проводились общепринятые инструментальные и лабораторные исследования.

Способ операции заключался в том, что после иссечения свищевого хода в промежностной ране до стенки прямой кишки и обработки свищевого отверстия, через промежностную рану в отверстие вводят нитку (шелк №6). Конец этой нитки выводят обратно в дополнительную рану промежности через заранее сделанный интрасфинктерный подкожно-подслизистый «туннель» и затягивают его до полного обхвата подлежащего «мостика» тканей. Конец нитки и резиновый дренаж захватывают москитом через маленький дополнительный разрез, сделанный на середине расстояния между linea apocutanea и медиальным краем промежностной раны и завязывают концы нитки в этой ране, оставляя последнюю открытой. В последующем низводят слизисто-мышечный лоскут в анальный канал в области внутреннего отверстия свища и несколькими шелковыми швами фиксируют края лоскута к краю раны перианальной кожи, после чего бывшее внутреннее отверстие свища, проведенная лигатура и резиновый дренаж располагаются вне анального канала (рац. предл. №3597/R-649 ТГМУ им А.Сино от 14.06.2018). После 3-х дней удаляют резиновый дренаж под низведённым лоскутом, через неделю – лигатуру.

В критерии оценки раннего послеоперационного осложнения включили прорезывание швов, несостоятельность или ретракцию низведённого лоскута слизистой оболочки в области внутреннего отверстия и (или) нагноение раны.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного анализа данных хирургического лечения установлено, что при использовании традиционных методов лечения из 16 больных рецидивы возникли у 6 (37,5%) пациентов, НАС – у 4 (25,0%), а при использовании среди 18 человек разработанного нами способа, рецидив свища и НАС были отмечены в 1 (5,5%) случае (Табл. 2).

Таблица 2. - Результаты ранних послеоперационных осложнений

Виды операции	Осн. гр. n=18	Кон. гр. n=16	Ранние послеопер. осложнения		НАС	
			Осн. гр.	Кон. гр.	Осн. гр.	Кон. гр.
Метод с использованием перемещения слизистой по Джад-Робле, Масляку (n=7).	-	7	-	4	-	1
Лигатурный метод (n=9).	-	9	-	2	-	3
Предложенный нами способ операции (n=18).	18	-	1	-	1	-
Всего:	18	16	1	6	1	4

При традиционных пластических операциях всегда происходит в той или иной степени натяжение тканей, приводящее к нарушению кровообращения, некрозу и ретракции низведенного в анальный канал лоскута с последующим нагноением послеоперационной раны и рецидивом СПК [5]. При предложенном нами способе операции рецидив свища снижается от 37,5% до 5,5% за счёт ликвидации поступления микроорганизмов в рану по лигатуре из прямой кишки, профилактики образования микрогематомы или скопления сукровицы под низведённый слизисто-мышечный лоскут, а так же за счёт снижения натяжения тканей в области лоскута, что позволяет рекомендовать его для широкого медицинского применения в качестве сфинктеросохраняющей операции и профилактики послеоперационного гнойного осложнения и рецидива свищей прямой кишки, особенно у больных высокого риска, то есть с сопутствующими заболеваниями, как СД, ожирение и др., ухудшающими течение самого заболевания и послеоперационного периода.

Вывод. Таким образом, разработанный нами способ хирургического лечения сложных свищей прямой кишки у больных с СД II- типа является патогенетически обоснованным и практически значимым методом для профилактики ранних послеоперационных осложнений, снижения частоты рецидивов и послеоперационной недостаточности анального сфинктера.

Список литературы

1. Воробьев, Г.И. Основы колопроктологии / Г.И. Воробьев. – М.: МИА, 2006. – 432 с.
2. Гройзик, К.Л. Хирургическое лечение гнойно-некротических осложнений сахарного диабета / К.Л. Гройзик // Таврический медико - биологический вестник. – Симферополь, 2014. – Т. 17, №2(66). – С. 22.
3. Жуков, Б.Н. Комплексный метод лечения больных со сложными параректальными свищами / Б.Н. Жуков, В.Р. Исаев, А.А. Чернов // Материалы I междунар. конф. по торакоабдоминальной хирургии. – Москва, 2008. – С. 55.
4. Кузьминов, А.М. Функциональное состояние запирающего аппарата прямой кишки при лечении экстра-сфинктерных свищей прямой кишки методом сегментарной проктопластики / А.М. Кузьминов, А.С. Бородкин, Ш.Т. Минбаев // Материалы II съезда колопроктологов России с международным участием. – Уфа, 2007. – С. 60-61.
5. Ortiz, H. Endorectal flap advancement repair and fistulectomy for high trans-sphincteric and suprasphincteric fistulas / H. Ortiz, J. Marzo // Br. J. Surg. – 2000. – Vol. 87, №12. – P. 1680-1683.

ВАРИАНТЫ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Мухамедова И.Г., Раззаков А.А., Аскарлов А.Т., Назаров И.Р.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Хирургия хронического остеомиелита на современном этапе - это пластическая восстановительная хирургия. Лечение направлено на удаление гнойно-некротического субстрата, восстановление целостности и функции пораженного сегмента кости [1,5]. В связи с эволюцией гнойной инфекции и изменения резистентности организма к ней отмечается увеличение числа неудачных исходов лечения хронического остеомиелита. Высокий уровень рецидивов после операции связан с радикальностью оперативного вмешательства. Радикальность вмешательства неизбежно ведёт за собой образование костных полостей. При этом проблема ликвидации остаточных костных полостей, как одной из причин упорного течения болезни при хроническом остеомиелите, до настоящего времени остаётся актуальной и дискутируемой [1,4]. В настоящее время, с целью уменьшения возможности развития рецидива и для заполнения образовавшегося костного дефекта после секвестрнекрэктомии, применяются имплантируемые материалы, обладающие остеокондуктивным и остеоиндуктивным действием. Это пластика костных полостей как ауто, так и ксеногенными тканями. Одним из эффективных способов заполнения дефекта является костная аутопластика с использованием костной ткани гребня подвздошной кости, малоберцовой кости [4]. Однако этот метод не может в полной мере обеспечить одну из важных функций – заполнение костной полости гистологически однородной тканью. Проблема ограниченности возможности метода аутопластики вынуждает хирургов прибегать к поиску новых биосовместимых композитных материалов, идентичных костной ткани, и методов, применяемых для лечения хронического остеомиелита, что свидетельствует об актуальности совершенствования способов лечения хронического остеомиелита.

Цель исследования. Изучение результатов замещения костных полостей после санации гнойного очага у больных с хроническим остеомиелитом.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты хирургического лечения 145 больных с хроническим остеомиелитом длинных костей, которым применялась костная пластика. По данным ретроспек-

пересаженных трансплантатов с донорской костью. Результаты лечения расценены удовлетворительно у 13 (14,6%), 8 (32%) и 3 (9,7%) больных, с достигнутым выздоровлением соответственно. После лечения у них возникли нарушения функции конечности. Неудовлетворительные результаты (рецидив или удаление костного трансплантата) констатированы у 4 (4,49%) больных, перенесших костную ауто пластику; у 4 (2,7%) - при ксенопластике, у 2 (1,4%) в случае комбинированного использования ауто - и ксенотрансплантата и 1-го больного (0,7%) - в случае использования ауто- и миопластики развился криз отторжения трансплантата. В этих наблюдениях у больных постоянно или периодически функционировали свищи, отмечались перифокальные изменения кожи в виде пигментации, дерматита, изъязвлений. При рентгенологическом исследовании обнаружены очаги деструкции костной ткани в зоне проведения хирургического вмешательства.

Данные анализа результатов реконструктивно-восстановительных операций показали, что дифференцированный подход при выборе метода пластики позволяет ликвидировать гнойную инфекцию в очаге поражения, восстановить анатомическую целостность пораженной конечности и заметно улучшить функциональные результаты лечения.

Выводы. Костная аутопластика, как и ксенопластика являются эффективными методами замещения остеомиелитических полостей. Использование ауто-, ксено- и комбинированных видов пластики обеспечили положительные результаты у 132 (91,03%) больных.

Список литературы

1. Амирасланов Ю.А. Возможности применения реконструктивно-восстановительных операций у больных остеомиелитом: сборник материалов. / Национальный конгресс "Пластическая хирургия". – М., 2011. – С.121–123.
2. Батаков Е.А. Актуальные вопросы лечения хронического остеомиелита / Е.А. Батаков //Самарский медицинский журнал. – 2006. – № 1–2. – С. 79–80.
3. Зайцев А.Б. Реконструктивно-восстановительное лечение больных остеомиелитом голени:автореф. дис. д.м.н. /А.Б. Зайцев.— Нижний Новгород, 2009. — 32с.
4. Результаты применения разных видов замещения костных полостей при хирургическом лечении больных хроническим остеомиелитом/ С.А. Линник [и др.]. // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 7 (ч. 1). – С. 100-105.
5. Хирургическое лечение остеомиелита / Никитин Г.Д. [и др.] – С.Пб.: "Русская графика", 2000. – 287- 288с.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Мухиддинов Н.Д., Болтуев К.Х., Курбонов Н.Г.

Кафедра хирургических болезней и эндохирургии ГОУ ИПОВЗРТ. Таджикистан

Актуальность. История изучения грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) насчитывает более четырёх столетий. Однако до начала XX в. в литературе были описаны лишь единичные наблюдения, да и те, основанные на аутопсии. Первое описание хирургического лечения ГПОД опубликовал в 1919г. Angelo L. Soresi. [4]. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – распространенное заболевание в гастроэнтерологической практике, ГПОД занимает в структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта третье место после желчнокаменной болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [1,2]. Создание эффективной стратегии лечения пациентов с ГПОД, сочетающейся с рефлюкс-эзофагитом, остается актуальной проблемой современной клинической медицины. [2,3]. ГПОД и гастроэзофагальная рефлюксная болезнь зачастую сочетаются с другими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. [5]. За последние 60 лет разработаны основные методологические и технические подходы к антирефлюксным операциям, однако ни один из существующих методик не гарантирует избавления от рецидива рефлюкс-эзофагита, достигающего по данным литературы 11-29% [5].

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы с применением видеолaparоскопической технологии.

Материал и методы исследования. Располагаем опытом хирургического лечения- 25 больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы в период с 2011 по 2019гг, подвергнутые видеолaparоскопическому вмешательству. Среди больных мужчин было-13 (52%), женщин – 12 (48%). Возраст больных колебался от 28 до 65 лет. У 11 из 25 больных были сопутствующие заболевания: желчнокаменная болезнь в 4 случаях, язва желудка и 12 перстной кишки - у 3, гипертоническая болезнь - у 4 пациентов. Всем больным при поступлении проводили клинико-инструментальные методы исследования (УЗИ, ФГДС, рентгеноконтрастное исследование ЖКТ). В клинической практике мы используем наиболее удобную и распространенную классификацию грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, предложенную Б.В. Петровским, которая в полном мере отражает диагностируемые топографо-анатомические изменения и размеры грыжи.

Характерные жалобы на изжогу предъявили 19 (76%) больных, на дискомфорт за грудиной – 15 (60%) и отрыжку воздухом – 23 (92%). У 3 (12%) пациентов (у 1 – с тотальной и 2 – с субтотальной ГПОД) была дисфагия II-III степени, обусловленная сдавлением пищевода желудком, практически полностью расположенная в заднем средостении. Срыгивание съеденной пищи отмечали у 6 (24%) пациентов, при этом у 4 больных с тотальной ГПОД, симптом скорее всего был обусловлен дисфагией, а у остальных с кардиофундальной и субтотальной ГПОД - несостоятельностью клапанной функции кардии.

У всех больных при эзофагогастродуоденоскопии были выявлены признаки эзофагита различной степени тяжести, согласно эндоскопической классификации рефлюкс-эзофагита (А.Ф. Черноусов, 1973). По результатам рентгенологического исследования и в соответствии с классификацией Б.В. Петровского и соавт. кардиофундальная грыжа диагностирована у 16 (64%), субтотальная - у 5 (20%) и тотальная ГПОД - у 4 (16%) пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди оперированных пациентов у 4 был установлен диагноз «скользящая» ГПОД, и фиксированная ГПОД у 21 больного. Крурорафия выполнена во всех случаях, задняя - у 19 пациентов, передняя и задняя - у 6 больных. Крурорафию проводили путем сшивания ножек диафрагмы узловыми или Z-образными швами с использованием иглодержателя или аппарата EndoStith. Необходимо использовать нерассасывающиеся нити. Следующим этапом лапароскопического вмешательства было выполнение фундопликации: по Ниссену у 18 пациентов, фундопликация по Туппе у 7 пациентов. Суть фундопликации по Ниссену заключалось в формировании циркулярной манжетки из передней и задней стенок фундальной части желудка, на 360° окутывающей пищевода. Для мобилизации кардиальной и фундальной части желудка использовали аппарат Liga-Sure. Также сформировали отверстия в желудочно-печеночной связке для хорошей визуализации правой ножки диафрагмы, затем вдоль края ножки вскрывали вицеральную брюшину и тупым путем открывали пространство позади пищевода. При отведении пищевода вправо проводим диссекцию левой ножки диафрагмы. Тракцию пищевода в ходе его мобилизации удобнее и безопаснее осуществлять за держалку, наложенную вокруг пищевода. Для того, чтобы создать фундопликационную манжетку без натяжения, необходимо адекватно мобилизовать дно и заднюю стенку желудка с пересечением коротких желудочных артерий. Ни в одном из наблюдений не было конверсии доступа. У одного больного на первые сутки после операции появились выраженные симптомы дисфагии, что потребовалось выполнять релапароскопию и выявили сдавление пищевода сильно натянутым первым швом манжетки, который был снят лапароскопическим путем. Симультанно 4 больным выполнили холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни.

Оценивая ближайший послеоперационный период, можно отметить, что такие осложнения, как икота, синдром gas-bloat и дисфагия, отмечены в целом у 3 пациентов из 25. Все описанные осложнения раннего послеоперационного периода купированы консервативно в течение 1-7 дней. В послеоперационном периоде не было необходимости пребывания больных в палате реанимации и интенсивной терапии, а также больные не нуждались в получении наркотических анальгетиков. Койка-день больных составила 5-7 дней. Летального исхода не было.

Среди поздних осложнений выявлены следующие: рецидив рефлюкс без рецидива грыжи в 3 случаях, рецидив ГПОД I степени в 1 случае и 5 случаев гиперфункции манжеты. Эти осложнения носили удовлетворительный характер и повторных операций не требовали. Рецидива ГПОД не выявлено ни у одного пациента.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о высокой эффективности лапароскопических методов в хирургическом лечении пациентов с ГПОД, хорошо переносятся пациентами и характеризуются небольшим процентом интраоперационных и отсутствием послеоперационных осложнений, что позволяет считать операцию выбором в лечении данной патологии.

Список литературы

1. Абдуллоев Д.А. Бронхолегочный синдром при гастроэзофагальной рефлюксной болезни / Д.А. Абдуллоев, К.М. Курбонов // Вестник Авиценны – 2011. - №1.- С. 19-21.
2. Черноусов, А.Ф. Рефлюкс-эзофагит / А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых, Ф.П. Ветшев. - М.: Практическая медицина, 2017.
3. Aasvang, E.K. Challenges in postdischarge function and recovery : the case of fast-track hip and knee arthroplasty / E.K. Aasvang , I.E. Luna, H. Kehlet // Survey of Anesthesiology. – 2016. - №6. – P.172-173. <https://doi.org/10.197/01.sa.0000484605.57926.b9>
4. Chang, G. Laparoscopic hiatal hernia repair in 221 patients: outcomes and experience / G. Chang, L. Thackeray // Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. – 2016. - N20(1). <https://doi.org/10.4293/JSLS.2015.00104>.
5. Stylopoulos, N. The history of hiatal hernia surgery. From Bowdich to laparoscopy / N. Stylopoulos, D.W. Rattner // Annals of Surgery. – 2005. - N24 (1). – P.185-193.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Набиев М.Х., Абдуллоев Д.А.

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Сахарный диабет (СД) рассматривается в настоящее время как неинфекционная пандемия, охватившая большинство стран планеты. Еще несколько лет назад численность больных СД в мире не превышала 130 млн. человек. В настоящее время на нашей планете только по обращаемости насчитывается 366 млн. больных с СД (7% населения всего мира), причем около 50% из них приходится на наиболее активный трудоспособный возраст 40-59 лет. Учитывая темпы распространения этого заболевания, эксперты Всемирной Диабетической Федерации прогнозируют, что количество больных с СД к 2030 г. увеличится в 1,5 раза и достигнет 552 млн. человек, т.е. будет болеть каждый 10-й житель планеты [1,2]. В Таджикистане к 2014 г. зарегистрировано 34853 больных СД, из них 5249 человек с впервые выявленным СД, что составляет 63,6 на 100000 населения и наиболее характерным для больных с осложненными формами СДС является проблема поздней госпитализации [3]. Синдром диабетической стопы (СДС) - комплекс анатомо-функциональных изменений стопы, обусловленных диабетической нейропатией, ангиопатией, остеоартропатией, осложненных развитием гнойно-некротических процессов. Обязательным компонентом лечения язвенно-некротических дефектов стоп при СД является радикальная хирургическая обработка гнойного очага, с последующим лечением гнойной раны [4,5].

Целью настоящей работы явилось предупреждение развития гнойных осложнений при синдроме диабетической стопы на догоспитальном этапе.

Материал и методы исследования. В основу данного исследования положены результаты клинического наблюдения и лечения 183 больных с осложненными формами СДС, госпитализированных в Центр эндокринной и

гнойно-септической хирургии, развернутой на базе хирургического отделения ГКБ №3 г. Душанбе. Среди них мужчин было 95 (51,9%), женщин – 88 (48,1%). Возраст больных колебался от 30 до 74 лет. Тип, тяжесть течения и стадия СД были определены согласно классификации ВОЗ (1985). СД 1-го типа выявлен у 12 (6,5%), СД 2-го типа у 171 (93,5%), у 7-и (3,8%) больных СД был выявлен впервые. В анамнезе у 98% больных выявлены сопутствующие заболевания, среди которых преобладали гипертоническая болезнь - 76,1%, атеросклероз и ИБС - 73,5% и анемия разной степени тяжести у 78,7% пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. Основными причинами госпитализации больных и обращений за хирургической помощью были прогрессирующие трофические нарушения в тканях стопы, язвы, гнойно-воспалительные и некротические процессы, вплоть до гангрены пальцев или самой стопы и дистальных отделов нижней конечности. Больных, ранее перенесших хирургические вмешательства по поводу осложненной диабетической стопы, было 18 (9,2%), а получавших консервативное лечение - 6 (2,4%). Среди оперированных наиболее часто за хирургической помощью обращались больные с поражением ипсилатеральной конечности (40,4%). Наиболее характерной для больных с осложненными формами СДС является проблема поздней госпитализации. В срок до 14 суток от начала заболевания поступили 64 (34,9%) больных, от 15 дней до одного месяца 74 (40,5%), более одного месяца 45 (24,1%) больных. Позднее обращение за госпитализацией привело к распространению гнойно-некротического процесса у 35 (19,1%) больных, которым были произведены высокие ампутации. В послеоперационном периоде из них умерли 12 (34,2%) больных. Остальным 148 (80,9%) больным произведены малые хирургические вмешательства.

Анализ результатов хирургического лечения показывает, что малые хирургические вмешательства при гнойно-некротических процессах нельзя рассматривать, как этап подготовки к последующей ампутации конечности. Малые хирургические вмешательства относятся к дистальным, экономным ампутациям нижних конечностей с целью сохранения конечности или хотя бы ее опорной функции. Хирургическому вмешательству были подвергнуты все 148 (80,9%) больных, которым выполнены 621 различная операция. По одной операции было произведено 12 больным, от двух до трех - 58 и от четырех до шести операций 42 больным, и более семи операций - 36 больным. Этапные, высокие ампутации конечности, после малых хирургических вмешательств, выполнены лишь у 4 (2,7%) больных. Увеличение частоты малых операций обусловлено случаями повторных вмешательств на стопе по поводу продолжающегося гнойно-некротического процесса. Наибольшая частота малых хирургических вмешательств приходилась на этапные некрэктомии. Частота этапных некрэктомий колебалась от двух до трех и более случаев на одного больного. Сравнительный анализ клинического материала свидетельствует, что при первичном или поэтапном иссечении нейротрофических язв в процессе комплексного лечения скорость их заживления ускоряется в два раза по сравнению с традиционным способом, исключающим хирургическую санацию язв.

Общая летальность составила 8,2%. Основными причинами смерти больных были острая сердечно-сосудистая недостаточность и продолжающийся эндотоксикоз. Метатарзальные резекции и экзартикуляции пальцев стопы в 82,1% случаев явились причиной повторных госпитализаций больных с поражением ипсилатеральной конечности вследствие несвоевременной ортопедической коррекции нарушенной опорной функции стопы.

Особое внимание уделяется профилактике развития гнойно-некротических процессов при СД на догоспитальном этапе. Привлечение семейных врачей и других специалистов (эндокринологи, хирурги, терапевты, невропатологи и др.) к профилактике гнойных осложнений обеспечивает комплексный подход к оказанию помощи пациентам с данной патологией на догоспитальном уровне, предотвращая условия для формирования гнойно-некротических процессов, что достигается нормогликемией, диетотерапией, обучением больных уходу за стопами, ногтями, правильному подбору и ношению обуви с ведением здорового образа жизни.

Раньше под профилактикой СДС понимали широкое применение ангиопротекторов, так как считалось, что главным патогенетическим фактором в развитии этой патологии является ангиопатия сосудов нижних конечностей. Однако исследования последних лет показали, что ангиопатии менее всего определяют развитие диабетических язв стопы. В настоящее время главная роль в развитии диабетических язв отводится диабетической сенсомоторной полинейропатии и связанным с нею снижением чувствительности стопы и специфическими изменениями её формы, что подтверждают наши исследования: из 183 больных с СДС у 160 вследствие снижения чувствительности, нераспознанная вовремя травма стопы явилась причиной развития диабетической язвы и гангрены. Трофические язвы нижних конечностей в наших наблюдениях у 65 больных, деформация стоп и остеоартропатия в 30 случаях развивались вследствие диабетической полинейропатии. Снижение болевой чувствительности и суставного чувства приводит к тому, что образование язвы остается незамеченным больным. Часто из-за сниженной чувствительности пациенты лишены защиты от различных повреждающих воздействий внешней среды, например, действия высоких температур или ультрафиолетовых лучей, что подтвердилось в наших наблюдениях у 71 (38,7%) больного. Наличие у больных нейропатии зачастую маскируют спонтанные переломы костей стопы (31 больной), которые диагностировались в клинике лишь при рентгенологическом обследовании. Семейные врачи при выявлении больных не только с осложненными формами синдрома диабетической стопы, но и при обнаружении наличия диабетической стопы I степени должны направлять больных в специализированные отделения для профилактического лечения. Раннее выявление больных с синдромом диабетической стопы семейными врачами и проведение профилактического обучения по уходу за стопами, с обеспечением оптимального метаболического контроля, обучение больных самоконтролю диабета и комплексная профилактика на догоспитальном этапе позволяют уменьшить частоту и сроки поздней госпитализации, что благотворно влияет на снижение количества ампутаций и снижение летальных исходов у больных с гнойно-некротическими поражениями стоп на фоне СД.

Таким образом, проведенные исследования показывают нерациональность традиционной практики оказания медицинской помощи больным с СДС, неадекватность диагностических и лечебных мероприятий, отсутствие ответственности в лечении этой патологии на этапах оказания помощи, а также среди врачей разных специальностей,

что предопределяет необходимость разработки стандартизированного подхода к диагностике и лечению различных форм СДС и его осложнений.

Список литературы

1. Дедов И. И., Шестаковой М. В., Сунцов Ю.И. и др. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007-2012 годы» // Сахарный диабет. 2013. Т. 16, №25. Спецвыпуск 2. С. 2-16.
2. Биниенко М.А., Коцлова А.А., Давыденко В.В., Власов Т.Д. Использование дермального эквивалента для ускорения заживления трофических язв при синдроме диабетической стопы. Вестник хирургии. Том 175. № 5.2016. с. 63-68.
3. Набиев М.Х., Абдуллоев Д.А., Хафизов Б.М. Комплексная оценка и коррекция состояния свёртывающей системы крови у больных с синдромом диабетической стопы // Здоровоохранение Таджикистана. №3. 2017. С. 55-61.
4. Патогенетические и клинические особенности течения гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы: Обзор// В.В. Петрова, Ю.А. Спесивцев, В.И. Ларионова [и др] //Вестн. Хир. 2010. №2.С.121-124.
5. Суковатых Б.С. Оптимизация лечения гнойных ран у больных с синдромом диабетической стопы// Б.С. Суковатых, Т. А. Панкрушева, С. А. Абрамова //Вестник хирургии имени И.И.Грекова. Том 173. №3. 2014. С. 28-32.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Набиев М.Х., Саидов К.М.

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Синдром диабетической стопы является одной из важнейших проблем, требующих качественного подхода в лечении, как медикаментозного, так и хирургического. Согласно официальным статистическим данным в России в 2011 г. зарегистрировано 3,27 млн больных сахарным диабетом. Однако реальная численность в 3-4 раза превышает зарегистрированную, достигая 10 млн человек. [1,2,4,5,6]. Заболеваемость и смертность больных СД от сердечно-сосудистых заболеваний в 5 раз выше, поражение магистральных артерий нижних конечностей в 3-5 раз чаще. А частота критической ишемии в 5 раз выше, чем в остальной популяции. СД – полиэтиологическое заболевание и факторы, способствующие развитию его осложнений, требуют вовлечения всех современных профилактических, диагностических и лечебных возможностей. . [3,7].

Цель исследования. Провести сравнительную оценку эффективности оперативно-медикаментозного лечения осложнённых форм синдрома диабетической стопы.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 310 больных с осложнённой формой СДС за период 2013-2016 гг. госпитализированных в хирургическое отделение ГКБ №3 г. Душанбе, мужчин было 132 (42,5%), женщин 178 (57,5%). Возраст больных варьировал от 38 до 84 лет. Наибольшее число составили больные в возрасте от 42 до 73 лет. Длительность заболевания с момента его выявления колебалась от 2 до 21 года. Абсолютное большинство пациентов страдали тяжёлой формой сахарного диабета: в том числе СД 1 -го типа у 8,2%, а СД 2 –го типа у 91,8%.

Диагноз СДС устанавливался на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования. У всех больных для определения степени ишемии нижних конечностей проведена ультразвуковая доплерография (УЗДГ).

Прогноз возможности сохранения опорной функции стопы, основывается также на комплексной оценке состояния артериального кровотока по данным ангиографии сосудов нижних конечностей, проведенной у 32(10,3%) больных. Ангиография выполнялась на аппарате Siemens (Германия). После обработки операционного поля раствором антисептика под местным обезболиванием производится пункция бедренной артерии с наложением интродюсера 6f и под экраном визуализируется проходимость артериального русла.

Результаты исследования и их обсуждение. В комплексное лечение больных СДС включены целенаправленная антибактериальная терапия, дезинтоксикационная, иммуностимулирующая, сахарокорректирующая, ангиотропная общеукрепляющая терапии и препараты, улучшающие реологические свойства крови. По показаниям проводились плазмо-гемотрансфузии. Выраженная гиперкоагуляция, наблюдавшаяся у больных с ОФ СДС, требовала применения антикоагулянтов прямого действия (гепарин) в лечебных и профилактических дозах. Инфузионная терапия также была направлена на детоксикацию и нормализацию метаболических процессов и гомеостаза. Совокупность многофакторных и многоуровневых вариантов поражения сосудистого русла при СД обуславливает необходимость компенсации как углеводного обмена, так и использования медикаментозных средств, улучшающих кровоток и восстанавливающих функцию эндотелия и систему гемостаза. У 122 (43,8%) больных с ОФ СДС под местной анестезией произведена катетеризация нижеэпигастральной артерии параректальным доступом ниже пупка, с использованием стерильных пластиковых катетеров с внутриартериальным введением лекарственных препаратов. Внутриартериально с помощью микродозного струйного насоса два раза в сутки вводили раствор вазопростана (соответствует 60 мкг алпростадилла) в 50 мл физиологического раствора в течение 3-х часов и 5,0 мл мексидола в течение 14 дней нахождения катетера.

Применение внутриартериального метода введения антиоксиданта мексидола 5,0 мл в сочетании с вазопростаном 20 мкг в течение 14 дней оказалось наиболее эффективным по ингибированию процессов ПОЛ по сравнению с методом внутривенного введения мексидола и вазопростана в комплексном лечении больных с осложненными формами СДС, о чем свидетельствует снижение процессов липопероксидации (МДА) и по динамике раневого процесса.

Результаты исследования показали, что у больных с осложненными формами СДС выявлено критическое повышение содержания продуктов ПОЛ в плазме крови - МДА – $6,3 \pm 1,25$, ДК – $0,92 \pm 0,14$ и при распространении гнойно-септических процессов МДА достигает – $7,82 \pm 0,92$, ДК – $1,24 \pm 0,05$, что свидетельствует об одной из причин быстрого развития и распространения гнойно-септического процесса под действиями продуктов ПОЛ. Анализ проведенных исследований и данные литературы показали, что у больных с осложненными формами СДС наблюдаются повышение интенсивности процессов ПОЛ, влияющих на тяжесть течения СДС и эндотоксикоза, что приводит к дефициту антиоксидантной системы.

Антибактериальную терапию проводили с учетом распространенности ГНП и чувствительности микрофлоры к антибиотикам. У 56 (18,6%) больных с целью дистализации уровня ампутации для сохранения опорной функции стопы, на фоне адекватной консервативной терапии, применяли двухэтапную оперативную тактику. На первом этапе производились вскрытия гнойников и малые хирургические вмешательства на стопе, на втором этапе – пластические замещения дефектов тканей стопы с формированием культи на $n/3$ голени для последующей ортопедической коррекции. При проведении малых оперативных вмешательств в области стопы, особенно при экзартикуляции пальцев, рану оставляли открытой, несмотря на видимое радикальное иссечение потенциально нежизнеспособных тканей. Ретроспективный анализ материалов клиники показал, что при первичном, «глухом» закрытии раны, частота послеоперационных нагноений достигала 99,9% случаев.

Наибольшая частота малых хирургических вмешательств у наших больных приходилась на этапные некрэктомии. Анализ литературных данных и собственные клинические наблюдения убедили нас в целесообразности применения более щадящих методов очищения ран от некротических тканей путем этапных некрэктомий. Важно подчеркнуть, что динамика течения раневого процесса и частота выполняемых некрэктомий прямо зависела от исходного состояния регионарной микрогемодинамики. При комплексной тактике лечения с активным применением средств и методов, улучшающих регионарную микрогемодинамику, ускорялись регенеративные процессы в ране, а частота некрэктомий имела тенденцию к снижению.

Частота первичных высоких ампутаций у больных с дистальной формой ишемической и инейроишемической формы СДС составила 25 (8,6%). У 24 больных с распространенным и прогрессирующим гнойно-некротическим поражением стопы с переходом на голень после малых операций произведены высокие ампутации на уровне $v/3$ голени. Летальность после ампутации отмечена у 12,4% (6 больных). Общая летальность составила – 7,1% (22 больных). Основными причинами смерти больных были острая сердечно-сосудистая недостаточность и продолжающийся эндотоксикоз. Метатарзальные резекции и экзартикуляции пальцев стопы в 92,5% случаев явились причиной повторной госпитализации больных с поражением ипсилатеральной конечности вследствие несвоевременной ортопедической коррекции нарушенной опорной функции.

Таким образом, основным моментом лечения больных с осложненными формами СДС является своевременность правильного выбора методов оперативно-медикаментозного лечения, при котором необходимо придерживаться органосохраняющей и функционально-щадящей тактики оперативного вмешательства.

Литература

1. Гавриленко А.В., Котов А.Э., Лоиков Д.А. Результаты лечения критической ишемии нижних конечностей у больных сахарным диабетом // *Анналы хир.* 2013, №6. С.48.
2. Галимов О.В., Ханов В.О., Иванов А.В. и др. Комплексный подход в терапии больных с синдромом диабетической стопы // *Хирургия.* 2014. №3. С.80-85.
3. Галимов О.В., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р. и др. Синдром диабетической стопы: принципы комплексного лечения // *Вестник хирургии.* Том 174. №5. 2015. С. 61-65.
4. Князевская Е.Э., Яхина В.В., Эндovasкулярные технологии в лечении больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы // *БЮЛЛ. Мед. интернет-конференций.* 2014. №4.
5. Удовиченко О.В., Коротков И.Н., Герасименко О.А. Доступность и эффективность ревазуляризирующих вмешательств у амбулаторных больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы // *Эндокр. хир.* 2011. №2. С-39-48.
6. Шумков О.А., Лобарский М.С., Алтухов И.А. и др. Реализация мультидисциплинарного подхода к лечению синдрома диабетической стопы: роль ангиохирурга // *Хирургия* 2013. №11. С. 9-15.
7. Morbach S., Furchert H., Groblichhoff U. et. al. Long-term prognosis of diabetic foot patients and their limbs: amputation and death over the course of a decade // *Diabetes Care.* 2012. Vol. 35, №10. P. 2021-2027.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ОСТЕОМИЕЛИТОВ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА ИЛИЗАРОВА

Назаров И.Р., Аскарлов А.Т., Хасанов Б.Н., Мирзокаримов У.М.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. Нижняя конечность является органом опоры и труда и самообслуживания в ежедневной деятельности человека. Нарушение функции конечностей при различных заболеваниях, сопровождающиеся болевым синдромом, отражается на качестве жизни и зачастую приводит к инвалидности. Ложные суставы, остеомиелит и несросшийся переломы костей нижней конечности являются одной из актуальных проблем современной медицины. Псевдоартрозы костей в большинстве случаев развиваются после традиционных методов лечения. Основными причинами возникновения ложных суставов являются врачебные ошибки, послеоперационные осложнения, интерпозиция мягких тканей между костными отломками, нарушения лечебного режима, необоснованные частые смены методов лечения, нарушения их методики (неправильное лечение на скелетном вытяжение, нерациональный

остеосинтез, плохая фиксация гипсовой повязкой и её частое смена и т.д.), инфекция в области перелома [3,4,5]. Применение компрессионно-дистракционных аппаратов в нашем случае позволило осуществить закрытый чрескостный остеосинтез костей при ложном суставе. С помощью аппарата Илизарова можно создать дистракцию костей или её сегмента, приведя длину костей к нормальным соотношениям, устранить имеющиеся смещения отломков и обеспечить точное сопоставление [1,2,4].

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения ложных суставов и остеомиелитов бедренных костей с помощью гибридного Аппарата Илизарова.

Материал и методы исследования. Анализированы результаты лечения 30 пациентов за период последних 5 лет с следующими нозологиями: ложным суставам – 18 (60%) больных, остеомиелитом - 9 (30%) больных, несросшимися переломами – 3(10%) больных. Возраст больных составлял от 20 до 50 лет, лица трудоспособного возраста, в основном, мужского пола.

Результаты исследования и их обсуждение. Методика наложения аппарата очень вариабельна. Она зависит от характера смещения отломков и поставленной задачи по плану лечения. Выбор методики остеосинтеза и компоновки аппарата в каждом конкретном случае зависит от локализации псевдоартроза, остеомиелитического поражения, степени патологической подвижности, формы концов отломков. При поперечной форме концов отломков, тугой патологической подвижности в зоне псевдоартроза осуществлялась продольная компрессия аппаратом. При косой форме отломков, после устранения соответствующей длины и захождения отломков, осуществлялась встречно - боковая компрессия. При тугоподвижных ложных суставах чередовали компрессию с дистракцией, а при остеомиелитических поражениях произвели введение раствора бриллиантовой зелени в свищевой ход, ревизию свища, секвестронекроэктомию и резекцию ложного сустава, склерозированного поражённого участка кости с диафиксацией спицами с последующим наложением аппарата Илизарова. Операции были проведены закрытым и открытым методом. Сроки фиксации зависят от вида остеосинтеза, уровня и локализации ложного сустава, остеомиелитического поражения костей, наличия кровоснабжения области псевдоартроза.

Ближайшие результаты изучены у всех 30 больных. Только у двоих больных после сращения ложного сустава через 2-3 месяца была рефрактура области перелома, и после повторного обращения было произведено повторное закрытое наложения гибридного аппарата Илизарова на бедренную кость. Кроме того из осложнений отмечались воспаление вокруг спицы в 4 случаях, которые устранились местным лечением, или удалением спиц с их последующим переправедением.

Выводы:

1. Чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова является методом выбора при лечении ложных суставов, несросшихся переломов и остеомиелитических поражений костей.
2. Достоинство данного метода лечения очевидно; достижения репозиции закрытым способом, возможность управления отломками, создание дозированной неподвижности в зоне нарушения целостности кости, непродолжительное пребывание больного в стационаре, отсутствие необходимости в длительном постельном режиме. Отсутствие фиксации в смежных с ложным суставом сегментах позволяет рано назначить лечебную гимнастику, в результате чего значительно сокращается период реабилитации и больные рано приступают к самообслуживанию.

Список литературы

1. Галиховский, В. Руководство по чрескостному остеосинтезу методом Илизарова / В. Галиховский, В. Френкель - Пер. с англ. – М.: «Издательство БИНОМ», 1999. - 276с.
2. Карнилов, Н.В. Травматология и ортопедия/ Н.В. Карнилов, Э.Г. Грязнухин - СПб: Спец. Лит., 2005. - 623с.
3. Барабаш, А.П. Проведения чрескостных элементов при остеинтезе аппаратом Илизарова / А.П. Барабаш, Л.Н. Соломин. - СПб: Спец. Лит., 1997. - 280с.
4. Шапошников, Ю.Г. Травматология и ортопедия. Руководство для врачей / Ю.Г. Шапошников. – М.: Медицина, 1997. - Т3. - С. 270-280
5. Мовшович, И.А. Оперативная ортопедия / И.А. Мовшович. - М.: МИА, 2006. – С.230-235 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У РЕЦИПИЕНТОВ С ПОЧЕЧНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

Назаров П.Х., Достиев А.Р.

Кафедра общей хирургии № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Большинство инфекций в течение первого месяца после трансплантации связаны с хирургическими осложнениями. К ним относятся бактериальные и кандидозные раневые инфекции, пневмонию, инфекция мочевых путей, сепсис возникающий из-за внутрисосудистого катетера, инфекции желчных, грудных и других дренажных катетеров и *Clostridium difficile*. Эти инфекции сходны с теми, которые возникают у общих хирургических пациентов. Осложнения, возникающие на фоне бактериальных инфекций, способствуют ухудшению функции почечного трансплантата и влияют на долгосрочную выживаемость [1-5].

Цель исследования. Изучить влияние осложнений бактериальных инфекций на выживаемость трансплантата и реципиентов почечного аллотрансплантата, и оценить чувствительность возбудителей к антибактериальным препаратам.

Материал и методы исследования. Исследование включало результаты 80 аллотрансплантаций почки (АТП), выполненных 80 пациентами с 2011 по 2017 год в отделении трансплантации почки ННЦТОиТЧ, а также в отделении трансплантации почек областной больницы в Дангаре. Медианна наблюдения после пересадки почки составила 1276 ± 52 дней.

В анализируемой группе лиц мужского пола было 56 (70%), женского пола 24 (30%), медианна возраста составляла 39,0 (14,4. 62,5).

При нормальном распределении данные представлены в виде $M \pm sem$; данные с распределением, отличным от нормального, были описаны с использованием медианы и диапазона колебаний или межквартильного диапазона.

Межгрупповой статистический анализ данных, подлежащих нормальному распределению, проводился с использованием двухстороннего теста Стьюдента, внутригрупповой - с использованием парного теста Стьюдента. Межгрупповой статистический анализ данных, не подлежащих нормальному распределению, проводился с использованием критериев Манна-Уитни и Колмогорова-Смирнова.

Точный критерий Фишера (для двух параметров) применялся для оценки достоверности разницы в качественных характеристиках, χ^2 -критерий использовался для трех или более. Критический уровень достоверности составлял $p > 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Грамотрицательные бактерии были наиболее распространенными изолированными микроорганизмами. *E. coli* выделяли в 43,53% случаев, затем *Enterobacter spp.* (35,37%) и *P. aeruginosa* (12,24%). Основными выделенными грамотрицательными бактериями были коагулаза-отрицательные стафилококки (6,8%), стрептококки (1,13%) и *S. aureus* (0,45%). Наиболее часто встречающимися бактериями были следующие: *Escherichia coli* (38,95%, 54,33%), *Enterobacter spp.* (40,44%, 27,74%), *P. aeruginosa* (11,23%, 13,87%) и коагулаза-отрицательные стафилококки (7,11%, 6,35%). Количество наиболее часто встречающихся микроорганизмов представлено в таблице 1.

Таблица 1

Характеристика возбудителей ИМС, выделенных у реципиентов ПАТ

<i>E. coli</i>	<i>Entrobacter spp.</i>	<i>P. aeruginosa</i>	CONS*	<i>S. aureus</i>	Стрептококки	<i>Acinetobacter</i>
43,53%	35,37%	12,24%	6,8%	0,45%	0,2%	0,1%

* Коагулаза отрицательные стафилококки

Согласно результатам теста на чувствительность и резистентность. Резистентность ко всем тестируемым антибиотикам была выше у *Enterobacter spp.* по сравнению с другими грамотрицательными бактериями. Частота резистентности в *E. coli*, *Entrobacter spp.* и *P. aeruginosa* представлены в таблице 2. Наиболее большая частота резистентности наблюдалась против цефиксима, цефалотина и котримоксазола.

Таблица 2

Частота резистентности к изучаемым антибиотикам у некоторых грамотрицательных бактерий

Антибиотик	Резистентность %		
	<i>E. coli</i>	<i>Entrobacter spp.</i>	<i>P. aeruginosa</i>
Амикацин	43,02	38,33	41,11
Нитрофурантоин	23,58	47,94	39,25
Котримоксазол	60,2	69,1	50,37
Цефалотин	63,33	74,87	50,37
Гентамицин	51,35	65,25	44,81
Цефтриаксон	59,48	77,43	48,51
Налидиксовая кт	47,18	60,12	44,81
Цефиксим	60,20	71,02	50,37
Ципрофлоксацин	23,64	58,2	35,55
Тетрациклин	34,68	40,89	42,96
Пипрацилин	47,18	60,12	13,33
Имопинем	48,75	62,69	44,81

Примечание: сравнение групп с применением процентного соотношения

В нашем исследовании ИМС наблюдалась у 32,67% реципиентов мужского пола и 33% женского пола. Не было обнаружено существенной разницы между полом пациентов и частотой ИМС ($P > 0,05$).

Высокая частота рецидивов инфекции после окончания курса антибиотикотерапии является проблемой ведения реципиентов ПАТ с ИМС.

Для этого было проведено сравнение между группами, которые получили профилактическое назначение антибиотиков и больные которые не получали профилактическое лечение антибиотикотерапией ПТ (таблица 3).

Таблица 3

Профилактическая антибиотикотерапия у реципиентов ПАТ

Параметр	Рецидивы в течение 6 мес.	Рецидивы в течение 12 мес.	Ухуд. Фун. трансплантата в течение 12 мес.	Пребывание в стационаре течение года\дней
Пациенты без ПТ АБТ (n=22)	11 (50,0%)	14 (68,5%)	4 (18,2%)	55,43 ± 5,605
Пациенты с ПТ АБТ (n=24)	4 (16,7%)	10(50,8%)	1 (4,2%)	35,96 ± 2,54
	0,035	0,233	0,273	0,011

Примечание: сравнение с применением точного критерия Фишера

Профилактику рецидивов осуществляли 2-4 недели препаратами: нитрофураны (фурагин), производные налидиксовой кислоты (неграм, невиврамон) в обычных дозировках. В дальнейшем после курса уроантисептиками больные получали фитотерапию. Из исследования были исключены больные с урологическими заболеваниями после трансплантации почки, так как ИМС зависела коррекции уродинамики.

Как показало исследование (табл.3) количество рецидивов с рецидивами ИМС в течение 6 мес. после профилактики АБТ была достоверно ниже у реципиентов, которым она проводилась, в сравнение с реципиентами ПАТ, получившими только основной курс АБТ- 16,6% против 50,0% соответственно ($p=0,035$).

Статистически достоверно не различались количество рецидивов в течение 1 года, а также ухудшения функции ренального трансплантата в течение 1 года между группами.

Профилактическое лечение в нашем исследовании привело к статистически значимому снижению стационарного пребывания в среднем с $55,43 \pm 4,605$ дней до $35,96 \pm 2,54$ дня ($p = 0,011$).

Основываясь на результатах тестирования чувствительности к антибиотикам, *E. Coli* и *Enterobacter spp.* наиболее распространенные бактерии у реципиентов почек были устойчивы к большинству применяемых антибиотиков, что отражает их роль в возникновении ИМС у реципиентов ПАТ.

В нашем исследовании мы наблюдали высокую частоту заражения несколькими бактериями, устойчивыми к антибиотикам, чаще всего с инфицированием многорезистентными грамотрицательными кишечными палочками.

Резистентность к антибиотикам в этом исследовании и других подобных исследованиях в нашей стране может быть обусловлена двумя факторами: более высоким уровнем использования антибиотиками людьми, при отсутствии рецепта то есть самолечением, и популяцией с высоким процентом молодых людей, поскольку ИМС чаще встречается в первые годы жизни. Конечно, это не удивительный вывод, так как резистентность к антибиотикам проявляется в росте, особенно среди грамотрицательных бактерий во всем мире.

Выводы. Таким образом, частота ИМС в нашем исследовании среди реципиентов ПАТ в нашей стране была заметна с высокой частотой резистентностью к антибиотикам, что связано с особенностями не рационального использования антибиотиков. Многорезистентные бактериальные инфекции представляют потенциально опасную для жизни проблему при трансплантации почек.

Список литературы

1. Sia, I.G. Infectious complications following renal transplantation / I.G. Sia, C.V.Paya // Surg Clin North Am. - 2018. - №78(1). - P. 95-112.
2. Impact of febrile infections on the long-term function of kidney allografts /O. Witzke [et al.] // J Urol . - 2014. - №166(6). - P. 2048-52.
3. Analysis of infectious complications occurring after solid-organ transplantation / K. L. Brayman [et al.] // Arch Surg. - 2012. - №127(1). - P. 38-47.
4. Infectious complications and antibiotic use in renal transplant recipients during a 1-year follow-up /B. Maraha [et al.]// ClinMicrobiolInfect . - 2013. - №7(11). - P. 619-25.
5. Schmidt, A. Bacterial and fungal infections after kidney transplantation / A. Schmidt, R. Oberbaum // Curr Opin Urol. - 2015. - №9(1). - P. 45-9.

СИМУЛЬТАНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ И АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Назаров Х.Ш., Али-Заде С.Г., Холиков Х.Л., Худойбердиев И.Х.

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Вопросы проведения симультанных операций до сих пор остаются дискуссионными [1-5]. По данным литературы, необходимость в выполнении симультанных операций у пациентов, поступающих в хирургические отделения, отмечается до 30% случаев [2, 3, 5].

Нередко встречается наличие сочетания урологических и абдоминальных патологий, требующих проведения хирургического вмешательства, при этом возникает необходимость выполнения симультанных операций [1, 4, 5]. Одним из таких показаний является наличие паховой грыжи и доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ). Паховая грыжа встречается в 65% случаев от общего числа грыж брюшной стенки, при этом пациенты пациентов старшей возрастной категории составляют около 50-65% [2, 3]. Известно, что у данной категории пациентов чаще наблюдаются сопутствующие хронические заболевания, способные влиять на результаты оперативного лечения, особенно на развитие рецидива грыжи. Одной из таких патологий является ДГПЖ [1, 4, 5].

Вышесказанное обстоятельство показывает необходимость проведения симультанных операций у этой категории больных, особенно при наличии в анамнезе нарушения акта мочеиспускания, связанного с ДГПЖ.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с паховыми грыжами и ДГПЖ.

Материал и методы исследования. В статье приведены результаты хирургического лечения 13 больных с паховыми грыжами и ДГПЖ, находившихся на стационарном лечении в ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» (ГУ ГЦ СМП) города Душанбе, которым были проведены симультанные операции. Средний возраст больных составил $56,1 \pm 3,4$ лет (52-76 года). В 6 (46,2%) случаях размеры грыжи были средними, в 7 (53,8%) случаях - большие. При госпитализации больных также изучались длительность грыженосительства и форма грыжи (таблица 1). Размер предстательной железы варьировала в пределах 42-67мм (в среднем от 49 до 55 мм). Размеры аденомы составили от 15 до 35 мм (в среднем от 22 до 27 мм).

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от формы грыжи и длительности грыженосительства

Формы грыжи	Длительность грыженосительства		
	От 2 до 4 лет	От 4 до 8 лет	Более 8 лет
Прямая вправимая правосторонняя паховая грыжа	-	1	-
Прямая вправимая левосторонняя паховая грыжа	1	-	-
Косая вправимая правосторонняя паховая грыжа	-	1	-
Косая невправимая правосторонняя паховая грыжа	1	2	2
Косая вправимая левосторонняя паховая грыжа	1	2	-
Косая невправимая левосторонняя паховая грыжа	-	1	1

Как видно из таблицы 1, у всех больных длительность грыженосительства составляла более 2 лет. Среди пациентов с невправимой грыжей во всех случаях отмечалось частичное вправление грыжи.

В 4-х случаях были выполнены грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по Бассини и аденомэктомия с цистостомией. В 2-х случаях были выполнены грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по Кукуджанову и аденомэктомия с цистостомией. В 7 случаях были выполнены грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по методу Лихтенштейна (с использованием полипропиленовой сетки) и аденомэктомия с цистостомией. В 9 случаях были выполнены радикальная простатэктомия и паховая герниопластика.

Следует отметить, что все операции выполнялись при спинномозговой анестезии традиционными методами, так как у больных имелись сопутствующие заболевания, а проведение лапароскопических вмешательств повышает у них операционный риск (эндотрахеальный наркоз и длительность операции).

В целях диагностики всем больным проводились общеклинические исследования крови и мочи, биохимические исследования крови, УЗИ, и патогистологическое исследование (иссеченной ткани предстательной железы). Также всем больным до операции выполнялось исследование крови на определение уровня простатического специфического антигена (ПСА).

Эффективность проведенных операций оценивали по результатам клинических проявлений и данным УЗИ в послеоперационном периоде.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе учитывали длительность страдания больных с ДГПЖ и размер грыжи, в ходе которого было выявлено наличие прямой корреляционной связи между размерами грыжи и длительности ДГПЖ (таблица 2).

Также в ходе исследования определяли длительность операции, частоту развития интраоперационных и послеоперационных осложнений, длительность пребывания пациента в стационаре. При этом длительность хирургического вмешательства увеличилась в среднем на 20-30 минут, что не оказывало влияния на послеоперационное течение и исход.

Таблица 2

Размеры грыжи в зависимости от давности ДГПЖ

Размер грыжи	Длительность ДГПЖ		
	От 2 до 4 лет	От 4 до 8 лет	Более 8 лет
Средние	1	2	3
Большие	-	3	4

Интра- и послеоперационные осложнения не наблюдались. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии. Срок пребывания пациентов в стационаре в среднем составлял 9-11 дней.

Заключение. Наличие ДГПЖ является фактором, увеличивающим риск развития паховой грыжи, что необходимо учитывать при ликвидации грыжи для профилактики рецидива заболевания. Проведение симультанных операций у больных с паховыми грыжами, имеющих ДГПЖ, при отсутствии противопоказаний, позволяет при едином анестезиологическом пособии одновременно избавить больного от вышеуказанных заболеваний, что способствует возвращению пациента к труду в минимально короткие сроки.

Список литературы

1. Антонов, А.В. Сочетанные и симультанные эндовидеохирургические операции в урологии / А.В. Антонов, А.А. Люблинская, М.В. Прохоров // Урологические ведомости. - 2011. - Т1, №3. - С.9-12.
2. Серозудинов, К.В. Симультанные плановые операции в хирургии / К.В. Серозудинов, А.И. Баранов // Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. - 2014. - №4(51). - С.54-57.
3. Симультанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости и забрюшинного пространства / В.М. Тимербулатов [и др.] // Хирургия.-2016. - №3. - С.40-44.
4. Combined inguinal hernia repair and transurethral resection of the prostate (TURP) for benign prostatic hypertrophy / Z. Dahami [et al.] // J Chir (Paris). -2009. - N146(6). - P.549-52.
5. Incidence of Inguinal Hernia after Prostate Surgery: Open Radical Retropubic Prostatectomy versus Open Simple Prostatectomy versus Transurethral Resection of the Prostate / N. Sekita [et al.] // International Journal of Urology. - 2009. - Vol.16, N1. - P.110-113.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ СКОЛЬЗЯЩЕЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ

Назаров Х.Ш., Назаров Ш.К. Сараев А.Р., Одинаев М.С.

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Проблема диагностика и лечения вентральных грыж до сих пор остаётся одним из актуальных в области хирургии, так как частота их развития не имеет тенденции к снижению, а результат проведенных хирургических лечений этих пациентов не удовлетворяет специалистов [2, 5]. Одной из трудных задач, стоящих перед хирургами, занимающейся данной патологией является проблема диагностики и лечения скользящих грыж, которые по данным литературы наблюдается у 1-1,5% больных с паховыми грыжами [1, 4]. Трудности диагностики и лечение этих пациентов заключается в том, что нередко диагноз у них оказывается не уточненным до операции и это может стать причиной ятрогенных повреждений органов с развитием послеоперационных гнойно - воспалительных осложнений [1, 4, 5]. Наличие такой особенности скользящих грыж является причиной неудовлетворительного результата лечения при проведении операций малоопытными хирургами. Летальность в таких случаях колеблется от 1 до 8,4% случаев. К этому чаще всего приводят перитонит, развивающийся на фоне повреждения полых органов [3, 5]. Вышесказанные обстоятельства диктуют, как правило, необходимость проведения комплексной диагностики больных с паховыми грыжами, что поможет хирургам настроиться при проведении операции у этого контингента больных.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных со скользящими паховыми грыжами.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ наблюдений и лечения 14 больных с различными видами скользящих паховых грыж, которые были госпитализированы в ГУ КБ СПМ города Душанбе за период 2013-2019 годы. Из них мужчин было – 11 (78,6%), женщин- 3 (21,4%). В 9 (64,3%) случаях скользящим органом оказался мочевого пузырь, в 4 (28,6%) случаях отмечалась скользящая грыжа слепая кишка и в 1 (7,1%) случае отмечалось соскальзывание правого яичника. У 4 (28,6%) больных операция была проведена в экстренном порядке, так как эти пациенты были госпитализированы с ущемлёнными паховыми грыжами, а в остальных 10 (71,4%) случаях больные поступили с неосложнёнными паховыми грыжами, при которых операция им была проведена в плановом порядке. В зависимости от размера у 5 (35,7%) больных имели место грыжи среднего размера и у 9 (64,3%) больных грыжа большого размера. Возраст больных варьировал от 21 до 76 лет, среди них в трудоспособном возрасте были 9 (64,3%) больных.

В зависимости от обстоятельства были проведены разные виды оперативных вмешательства (таблица 1).

Таблица 1

Виды операции при скользящих паховых грыж

№	Вид операции	Количество	%
1	Пластика грыжевых ворот по методу Бассини	6	42,9
2	Пластика грыжевых ворот по методу Кукуджанова	5	35,7
3	Пластика грыжевых ворот по методу Лихтенштейна	3	21,4
Итого		14	100

Обработка грыжевого мешка проведена по предложенной методике Zimmerman.

Для диагностики заболевания помимо оценки клинических проявлений, что имеет значительное значение в уточнении диагноза, всем больным эффективно использовали общеклинические и биохимические исследования крови, общий анализ мочи, УЗИ и при необходимости цистография.

Результаты исследования и их обсуждение. В случае наличия в грыжевом мешке мочевого пузыря обычно больные чувствовали боль в паховой области и затруднение при ходьбе. Характерно двухфазное мочеиспускание, которое заключалось в появлении позывов на опорожнение мочевого пузыря при пальпации грыжевого выпячивания сразу после мочеиспускания. Также при данном виде скользящей грыжи наблюдается увеличение размера грыжевого выпячивания при длительном неопорождении мочевого пузыря и уменьшение её размера после мочеиспускания.

При соскальзывании слепой кишки отмечались характерные для расстройства функций кишечника признаки как запоры, метеоризм, схваткообразные боли в животе.

Тщательны сбор анамнеза заболевания в большинстве случаев даёт возможность подозревать наличие скользящей грыжи, для уточнения которых использовали УЗИ (n= 14) и при необходимости цистографию (n=3). Такая тактика исследования больных позволяет провести операции с наименьшим риском повреждения скользящих органов и положительным результатом хирургического лечения.

Интраоперационно у этих пациентов особое внимание уделялось оценке состояния стенки грыжевого мешка для исключения скользящей грыжи. При её наличии стенки грыжевого мешка оказались более утолщенными, мясистыми и кровоточивыми при её рассечении, что не характерно для обычного грыжевого мешка (париетальной брюшины).

Особое затруднение в диагностике и лечении этих пациентов возникало при наличии ущемлённой формы грыжи. В таких случаях трудно было провести тщательное обследование больных (оценка типичных для скользящих грыж клинических проявлений) и технически сложно провести операцию при наличии инфильтрации элементов грыжи (повышенный риск повреждения скользящего органа).

В 1 (7,1%) случае больной М. 46 лет поступил с диагнозом «Ущемленная правосторонняя паховая грыжа» и в неотложном порядке был оперирован. При вскрытии грыжевого мешка содержимым оказалась слепая кишка.

После рассечения ущемляющего кольца и ревизии установлено повреждение стенки слепой кишки размером 0,3 на 0,3 см, которое ушито двухрядными швами и в брыжейку тонкой кишки введен 0,25% раствор новокаина. Слепая кишка признана жизнеспособной, погружена в брюшную полость. Произведена пластика пахового канала по Кукуджанову. Послеоперационный период протекал без осложнений, больной выписан в удовлетворительном состоянии.

В 1 (7,1%) случае больной А. 63 лет поступил с диагнозом «Правосторонняя ущемлённая паховая грыжа» и в неотложном порядке был оперирован. Одной из стенки грыжевого мешка оказался мочевой пузырь. После рассечения ущемленного кольца и дальнейшей ревизии установлен дефект в стенке мочевого пузыря (место ятрогенного повреждения) размером 0,5 на 0,4 см, в связи с чем в совместно с урологом проведено ушивание двухрядными швами стенки мочевого пузыря с наложением эпицистостомы. Операция завершена пластикой пахового канала по Бассини. Послеоперационный период протекал без осложнений, больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Послеоперационный период у всех 14 (100%) больных протекал гладко. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Таким образом, при наличии паховой грыжи необходимо первоначально исключить наличие скользящей грыжи, а при подозрении на её наличие применить целенаправленные дополнительные методы исследования для уточнения диагноза. В случае уточнения диагноза скользящей грыжи составить хирургическую бригаду из числа опытных хирургов и при необходимости вызывать необходимого специалиста для совместного проведения операции.

Список литературы

1. Гигантская скользящая пахово-мошоночная грыжа мочевого пузыря / В.И. Белоконев [и др.] // Новости хирургии. - 2016. - Т.24, № 2. - С.617-622.
2. Леонтьева, М.С. Наружные и внутренние грыжи живота осложнения грыж (клиника, диагностика, лечение) / М.С. Леонтьева, Ю.Б. Майорова. – Москва, 2016. – 78 с.
3. Соловьев, А.Е. Скользящие паховые грыжи у детей / А.Е. Соловьев, О.В. Ларичева, О.А. Кульчицкий // Хирургия. - 2017. - №6. - С.51-54.
4. Laparoscopic repair of sliding inguinal hernia in female children / I. Tomohiro [et al.] // *Pediatr Surg Int.* - 2016. - №32(9). - P.895-899.
5. Sliding hernias in female children / E. Turk [et al.] // *Acta Chir Belg.* - 2013. - №113(4). - P.281-284.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Додихудоев Р.А., Джонов Б.Н.

Кафедра хирургических болезней № 1, ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. В настоящее время летальность от острого панкреатита составляет 3 - 6%, в то время как при его деструктивных формах этот показатель увеличивается до 25%. За последние тридцать лет этот высокий показатель существенно не уменьшился. Лечение деструктивного панкреатита, особенно тяжёлых его форм, обуславливающих высокий уровень летальности, в настоящее время не является решённой проблемой. Большинство иностранных авторов пришли к единому мнению, что оперировать деструктивный панкреатит на ранней стадии нецелесообразно [1,2]. Подтверждением являются рекомендации по лечению острого панкреатита, принятые Международной ассоциацией панкреатологов (International Association of Pancreatology) в 2002 году. Хирургическая тактика российских хирургов на ранней стадии деструктивного панкреатита отличается значительной вариативностью - от слишком консервативной до чрезмерно активной [3,4]. Сторонники раннего хирургического лечения подчеркивают, что операция, выполненная в первые сутки заболевания, является единственным методом лечения острого панкреатита. Авторы считают, что ликвидировать главный источник эндотоксикоза возможно при своевременной активной радикальной хирургической тактике, а именно, при удалении погибших участков поджелудочной железы вплоть до ее субтотальной резекции.

Цель исследования. Изучить результативность современных методов диагностики острых форм деструктивного панкреатита и эффективность комплексных методов их лечения.

Материал и методы исследования. За период с 2014 по 2019 гг. в городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе, являющейся клинической базой кафедры хирургических болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, было обследовано 89 больных с острым деструктивным панкреатитом. Мужчин было 37 (41,5%), женщин 52 (58,4%) больных. Средний возраст больных варьировал от 27 до 62 лет. С целью объективной оценки тяжести воспалительного процесса в поджелудочной железе и окружающих тканях, органов брюшной полости применены клиничко-биохимические исследования. Применены высокотехнологические методы исследования, такие как ультразвуковое исследование с доплерометрией и компьютерная томография.

Результаты исследования и их обсуждение. Ультразвуковое исследование проведено всем больным в момент поступления в стационар и в динамике. При этом наблюдали ряд эхографических вариантов течения острых деструктивных форм панкреатита.

Отёчная форма острого панкреатита в ходе обследования диагностировано у 22 (27,4%) больных, сонографически характеризовалась увеличением размеров пропорционально степени отёка, чёткими и ровными контурами. При этом эхогенность поджелудочной железы снижалась неравномерно в различных участках. В основном эхоструктура характеризовалась однородной с сохранением стромальных элементов ткани поджелудочной железы.

При скоплении жидкости в сальниковой сумке визуализировалось увеличение расстояния между задней стенкой желудка и передней поверхностью поджелудочной железы в виде эхонегативной полоски различной толщины. При проведении исследования данные признаки обнаружены у всех 22 (27,4%) больных. В ходе проведенных исследований жировой панкреонекроз диагностирован у 19 (21,3%) больных. При этом в зависимости от объема поражения наблюдалось увеличение различных отделов поджелудочной железы. Форма железы изменялась при выраженных повреждениях локального характера, контуры становились неровными, узурированными, при развитии значительных изменений в окружающих тканях визуализировались неотчетливо. Отмечено уменьшения эхогенности паренхимы и на этом фоне определялась выраженная неоднородность акустической структуры с хаотическим чередованием крупных 5-8 мм участков повышенной и пониженной эхогенности. При этом протоковая система визуализировалась неудовлетворительно. Жидкость в сальниковой сумке определялась в виде эхонегативного образования в различных отделах сальниковой сумки. Геморрагический панкреонекроз выявлен у 31 (34,8%) больных. Картина сонографии характеризовалась увеличением поджелудочной железы в виде объемного образования неправильной формы с нечеткими неровными контурами, повышенной эхогенностью, имеющий неоднородную структуру. Окружающие сосудистые структуры визуализировались с большим трудом. В полости малого сальника и свободной брюшной полости визуализировались большое скопление жидкости. При смешанном панкреонекрозе у 17 (19,1%) больных контуры поджелудочной железы были нечеткие, отмечено увеличение органа в целом. Для данной формы деструкции были характерны неоднородность внутренней структуры железы, различная ее эхогенность. Сосудистые структуры и протоковая система органа в большинстве случаев не определялась. Эхографическая картина сопровождалась нечеткостью контуров с мелкими эхонегативными включениями. Учитывая недостаточную диагностическую точность при данной форме деструкции поджелудочной железы, для уточнения проведено ультразвуковое исследование в режиме цветного доплера. В ходе обследования выявлены основные этиологические факторы заболевания, при этом у 63 (70,8%) больных причиной развития острого панкреатита была билиарная патология, алкогольной этиологии имело место у 17 (19,1%) больных, посттравматического характера обнаружено у 9 (10,1%) больных. Компьютерная томография выполнена в случаях сомнения в данных ультразвукового исследования, особенно у тучных больных и в целях дифференциальной диагностики у 23 (25,8%) больных. При компьютерной томографии поджелудочной железы отек паренхимы обнаружено у 9 (10,1%) больного. Он проявлялся снижением интенсивности КТ-сигнала от отечной паренхимы. Распространение отека паренхимы железы на окружающую жировую клетчатку наблюдали у всех больных. При КТ отек жировой клетчатки обнаруживали во всех наблюдениях. При КТ у пациентов с отечной формой в ранней стадии заболевания, при малом количестве жидкости в перипанкреатической жировой клетчатке, в последовательности уверенно определить скопление жидкости не позволяла схожая интенсивность КТ-сигнала от жидкости и окружающей ее перипанкреатической жировой клетчатки появлялась возможность построить трехмерное изображение с последующим автоматизированным просчетом объема жидкости. При больших объемах жидкость чаще обнаруживалась в полости малого сальника. В целом информативность КТ и УЗИ в диагностике различных форм острого деструктивного панкреатита не вызвала сомнения. Диагностическая эндовидеолaparоскопия произведена у 19 (21,3%) больным, прежде всего данное исследование имел характер дифференциации от других неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости и практически она была переведена из диагностической процедуры в лечебную. Всем пациентам начиная от момента поступления в стационар, после уточнения диагноза проводилась интенсивная терапия, включая голод, локальную гипотермию, анальгетики массивную инфузионную терапию, антиоксиданты, декомпрессия желудочно-кишечного тракта. Из препаратов группы Н₂-блокаторов предпочтение отдавали Квамател по 40-60 мг в сутки, из препаратов блокирующих секреторную деятельность поджелудочной железы больным назначали болосное введение Сандостатина. В ходе проведенных исследований придерживались мнения большинства исследователей, что формы острого деструктивного панкреатита являются абсолютным показанием для назначения антибиотиков широкого спектра действия, создающих эффективную бактерицидную концентрацию в зоне воспалительного процесса. Эффект от проведенной консервативной терапии отмечено у 39 (43,8%) больных. Лапароскопическая санация и дренирование полости малого сальника, санация брюшной полости озонированным физиологическим раствором с добавлением Мирамистин произведено у 19 (21,3%) больным с геморрагическим панкреонекрозом. Традиционному оперативному вмешательству подвергнуты 31 (34,3%) больных. Показанием у этого контингента больных к проведению оперативных вмешательств было наличие распространенного ферментативного перитонита на фоне геморрагического панкреонекроза у 17 (19,1%) больных, жировым панкреонекрозом оперировано 8 (8,9%) больных и смешанной формой оперировано 6 (6,7%) больных. Проведенное комплексное лечение различных форм острого деструктивного панкреатита привело к нормализации лабораторных показателей на 9-13 сутки, что подтверждено клиническим улучшением состояния больных, при этом выявлено достоверное снижение биохимических показателей крови. Средняя продолжительность лечения пациентов с деструктивными формами острого панкреатита снижена от 41,7±3,4 до 32,9±2,1 суток. У 5 (5,6%) больных в послеоперационном периоде развился плеврит, у 4 (4,4%) больных диагностировано бронхопневмония. В 3 (3,3%) случаях на 4-7 сутки после операции развивался кровотечение которое остановлено консервативными мероприятиями. В 5 (5,6%) случаях отмечено формирование наружного панкреатического свища, которые закрылись после применения консервативных мероприятий. Летальные исходы отмечены у 4 (4,4%) больных, причиной явились нарастающая ферментативная интоксикация и полиорганная недостаточность.

Выводы. Острые деструктивные формы панкреатита имеют полиморфную эхографическую картину, ультразвуковая диагностика и компьютерная томография должны быть обязательными элементами диагностического алгоритма при различных формах острого деструктивного панкреатита. Диагностическая ценность этих неинвазивных методов диагностики в верификации острого деструктивного панкреатита и его осложнений в наших проведенных исследованиях в целом составили 98,9%. Применение озонированного физиологического раствора с добав-

лением мирамистина при санации полости малого сальника и брюшной полости оказало выраженный бактерицидный эффект, благодаря которому происходило более быстрое очищение от гнойно – некротических масс. Снижение уровня скорости послеоперационных осложнений и летальности при использовании Сандостатина мы склонны объяснять уменьшением прогрессирования панкреонекроза в результате подавления секреции поджелудочной железы.

Список литературы

1. Boumitri, C. Pancreatitis : Current Management and therapies / C. Boumitri, E. Brown // Clin.Endosc. -2017.- №50.- P.357-365.
2. Saho, A. Necrotizing pancreatitis: a review of multidisciplinary management / A.Saho // SOP.-2015.-№16 (2).-P.125-135.
3. Кубышкин, В.А. Острый панкреатит // В.А. Кубышкин // Тихоокеанский медицинский журнал.-2009.-№2.- С.48-52.
4. Подолужный, В.И. Острый панкреатит: Современные представления об этиологии, патогенезе, диагностики и лечении / В.И. Подолужный // Фундаментальная и клиническая медицина. - 2017. - №4, Т.2. – С.62-71.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Джонов Б.Н., Фарзонаи Иброхим

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им.Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Эхинококкоз печени является тяжелым паразитарным заболеванием и продолжает находиться в центре внимания хирургов. Актуальность проблемы в условиях Республики Таджикистан возрастает в связи с тем, что заболевание эхинококкозом имеет устойчивую тенденцию к росту. Проблема диагностики эхинококкоза печени является довольно сложной в клинической гепатологии [1]. Это связано с отсутствием симптоматики у больных на ранних стадиях болезни. В результате поздней диагностики хирургическое лечение эхинококкоза печени выполняется в 70-80% случаев при возникших осложнениях, в связи с чем послеоперационная летальность составляет от 7 до 9% [2-3]. Новый этап развития хирургии эхинококкоза печени связан с разработкой более информативных средств диагностики компьютерной томографии (КТ) имеющую высокую чувствительность, специфичность, панорамность и объективностью в плане дифференциальной диагностики превосходящее другие методы исследования [4-6].

Различные аспекты хирургического лечения эхинококкоза печени весьма актуальны. Бурное развитие малоинвазивных технологий в медицине, в частности видеолaparоскопической хирургии, открывают новые возможности в лечении кистозных заболеваний печени. И широкое внедрение новых технологий при лечении паразитарных кист печени препятствуют ограничению возможности применения наряду с преимуществами имеются осложнения.

Цель исследования. Изучить эффективность современных методов диагностики и хирургического лечения больных с эхинококкозом печени.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен анализ инструментального исследования и лечения 19 больных с эхинококкозом печени, находившихся в хирургических отделениях Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе, являющейся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, за период 2014-2018 гг. Среди них мужчин было 7, женщин 12 в возрасте от 18 до 58 лет. Подавляющее количество пациентов составили лица зрелого и старшего возрастов с преобладанием женщин. Для уточнения локализации всем пациентам проведено компьютерная томография. Преимущественной локализацией кист печени были 5-6 сегменты печени и имели поверхностное расположение.

Оперативные вмешательства производились под эндотрахеальным наркозом. В качестве гермицидного раствора контактного действия применен 10% раствор Бетадин. Использовали 3 троакара. Троакар диаметром 10 мм вводили в области пупка. Дополнительные троакары вводили под лапароскопическим контролем в подреберной области, в точке, непосредственно находящейся над кистой (10 мм троакар) и по передней подмышечной линии (5 мм троакар). Пациента переводили в положение обратное Тренделенбургу (с приподнятым головным концом). После этого в брюшную полость вводили салфетки, смоченные 10% раствором Бетадина, которыми обкладывали зону вокруг кисты. Этими же салфетками изолировали поддиафрагмальное и подпеченочное пространство в зависимости от локализации кисты. Следующим этапом была пункция кисты толстой иглой с полной аспирацией содержимого кисты вакуум-отсосом. Затем через эту же иглу (не вынимая ее из полости кисты) вводили в остаточную полость 10% раствор Бетадина. После экспозиции в 5 -8 минут опять производили полную аспирацию содержимого кисты. Обработку повторяли дважды. Затем стенку кисты в наиболее истонченном ее месте вскрывали с помощью электрокоагуляционных ножниц. Иссекали избытки фиброзной капсулы с истонченной печеночной паренхимой. Оболочки паразита удаляли из полости кисты 10 мм эндоскопическим отсосом. Важным этапом лапароскопической эхинококкэктомии является ревизия остаточной полости. При этом строго контролировали полноту удаления хитиновой оболочки паразита и наличия цистобилиарных свищей. При обнаружении перфорантных желчных протоков мы производили их коагуляцию с помощью электродиатермокоагуляции. Стенки фиброзной капсулы повторно обрабатывали 10% раствором Бетадин. Выполняли дренирование остаточной полости профильными силиконовыми дренажами. Затем из брюшной полости удаляли салфетки, смоченные раствором Бетадин, и дренировали поддиафрагмальное и подпеченочное пространство. С целью профилактики рецидива заболевания в послеоперационном периоде всем пациентам назначен Альбендазол из расчета 400 мг. В сутки. Дренажи из остаточной полости извлекали на 4 – 7 сутки после операции после обязательного ультразвукового контроля.

Результаты исследования и их обсуждение. На компьютерных томограммах выявляли следующие признаки эхинококковых кист: утолщение стенки кисты, неровность ее контуров, расслоение паразитарных мембран, неоднородность содержимого, наличие дочерних кист, перифокальный гиподенсивный ободок. Плотность содержимого кист варьировала от 9 до 42 ед. Н, нарастала в поздних стадиях эхинококковой болезни. Дочерние кисты имели меньшую плотность, чем плотность материнской кисты.

У больных, которым планировалось лапароскопическое вмешательство, в первую очередь учитывали необходимость применения напряженного карбоксиперитонеума с повышением давления в брюшной полости до 10 -12 мм рт.ст. Для предотвращения интра - и послеоперационных осложнений проводился строгий отбор пациентов, которым планировалась видеоэндоскопическая эхинококкэктомия из печени, за исключением пожилых больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Показаниями к эндовидеохирургическому лечению были наличие эхинококковых кист печени в зонах хорошего обзора, не залегающие вглубь паренхимы, диаметром до 8 - 10 см, без признаков нагноения и прорыва в желчные ходы, отсутствие противопоказаний к напряженному карбоксиперитонеуму.

Лапароскопическая эхинококкэктомия удалась у всех 19 пациентов. В клинике разработан вариант пункции эхинококковой кисты печени с соблюдением всех принципов апаразитарности. Антипаразитарную обработку полости эхинококковой кисты осуществляли препаратом 10%- Бетадин. При этом средняя продолжительность лапароскопической эхинококкэктомии была 75,3±7,4 минут.

Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре составила 8,6±1,2 дня. В послеоперационном периоде у 2 пациентов наблюдалось подтекание желчи по дренажу из остаточной полости, с целью декомпрессии им была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Нагноение остаточной полости диагностировано у одного больного. Это осложнение потребовало выполнение чрескожной пункции и дренирования кисты под контролем УЗИ, после чего наступило излечение. В послеоперационном периоде с целью предотвращения рецидива заболевания все оперированные больные получали курс химиотерапии препаратом Билтрицид по разработанной схеме. Все пациенты после операции наблюдались амбулаторно в течение 12 – 16 месяцев. Случаи рецидива у оперированных больных в течение наблюдения не наблюдались.

Вывод. КТ является методом, позволяющим до операции не только судить о толщине, но и выявляет участки разрушения капсулы паразита. Использование современной миниинвазивной технологии показало свою эффективность в лечении эхинококкоза печени только при наличии у пациентов поверхностно расположенных эхинококковых кист. Отсутствие лапаротомного разреза способствует значительному сокращению продолжительности лечения и срока реабилитации больных после оперативного лечения. Применение химиотерапии препаратом Билтрицид способствует снижению частоты рецидива заболевания.

Список литературы

1. Рашидов, Ф.Ш. Видеолапароскопическая эхинококкэктомия печени - первые шаги / Ф.П. Рашидов, Д.С. Сангов // Вестник Авиценны. - 2009. - №2. - С.19-23.
2. Сангов, Д.С. Видеоэндоскопическая хирургия эхинококкоза печени / Д.С. Сангов, Т.Г. Гульмурадov // Здравоохранение Таджикистана. - 2013. - №3. - С.53-57.
3. Long-term results of laparoscopic fenestration for patients with congenital livercyst / X.L. Bai [et al.] // HepatobiliaryPancreat. Dis. Int. - 2013. - Vol.6, №6. - P.600-603.
4. Palanivelu, C Laparoscopic management of benign nonparasitic hepatic cysts: A prospective nonrandomized study / C. Palanivelu, K. Jani, V. Malladi // South Med. J. - 2014. - Vol.99, №10. - P.1063-1067.
5. Robinson, T.N. Everson Laparoscopic palliation of polycystic liver disease / T.N. Robinson, G.V. Stiegmann // Surg. Endosc. - 2015. - №19. - P.130-132.
6. The laparoscopic approach to abdominal hydatid cysts / A. Bickel, N. Loberant, J. Singer-Jordan [et al.] // Arch. Surg. - 2011. - №136. - P.789-795.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ПЕРКУТАНТНЫЕ ЭХОКОНТРОЛИРУЕМЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Назирбоев К.Р., Курбонов К.М.

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. В настоящее время наблюдается неуклонный рост пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих протоков, которые являются главными причинами механической желтухи (МЖ) [2]. Адекватное лечение МЖ в современной гепатобилиарной хирургии остается одной из неразрешенных до конца проблем. Прилагаются огромные усилия для оказания более эффективной помощи этой тяжелой категории больных, тем не менее, несмотря на прогрессирование новых технологий, и более современных методов борьбы с МЖ в условиях обтурации желчных протоков, летальность все ещё остаётся высокой и летальность при МЖ доброкачественного генеза достигает 5,6-6,3% [3]. Причиной этого является печеночная недостаточность, вследствие тяжелых и необратимых нарушений функции гепатоцитов. Наряду с этим одномоментная и быстрая ликвидация МЖ и желчной гипертензии приводит к возникновению острой печеночной недостаточности вследствие активации цитолитического процесса в печени [1]. Внедрение в клиническую практику миниинвазивных перкутантных эхоконтролируемых вмешательств как в качестве этапа предоперационной подготовки, так и окончательного метода лечения в значительной степени улучшает результаты лечения этого тяжелого контингента больных.

Цель исследования – улучшить непосредственные результаты комплексного лечения механической желтухи доброкачественного генеза

Материал и методы исследования. Располагаем опытом комплексной диагностики и хирургического лечения 142 больных с доброкачественной МЖ. Женщин было 102 (71,8%), мужчин – 40 (28,2%). Возраст пациентов составил от 18 до 78 лет.

Причинами МЖ у наблюдавшихся больных были: холедохолитиаз – у 63 (44,4%), стриктура желчных протоков и терминального отдела холедоха – у 25 (17,6%), стеноз большого дуоденального сосочка – у 19 (13,4%), стриктура билиодигестивных анастомозов – у 12 (8,4%), синдром Мирризи – у 5 (3,5%), болезнь Кароли – у 2 (1,4%) и острый панкреатит – у 16 (11,3%) больных.

Всех пациентов с МЖ доброкачественного генеза разделили на 3 группы согласно классификации Э.И.Гальперина и соавт. (2014). Так, в 64 (45,0%) наблюдениях имела место МЖ тяжелой степени, где сумма баллов составила 12 баллов, в – 41 (29,0%) случае при МЖ средней тяжести сумма баллов составила 8 и при легкой степени тяжести МЖ, имеющая место в 37 (26,0%) наблюдениях, сумма баллов составила 4 балла.

У 62 (43,6%) больных с доброкачественной МЖ при поступлении выявлены осложнения. Наиболее часто, в 21 (14,7%) наблюдении с длительно существующей желчной гипертензией и высокими показателями билирубина диагностировали печеночно-почечную недостаточность, которая сопровождалась расстройствами в системе свертывания крови и энцефалопатией. Сопутствующую МЖ и холангит диагностировали у 19 (13,3%) больных, как патологическое состояние, проявляющееся местным инфицированным воспалением желчных путей и системной воспалительной реакцией с высоким риском перехода в билиарный сепсис. У 10 пациентов с длительным существованием гнойного холангита были выявлены холангиогенные абсцессы печени, причиной которых являлись рубцовые стриктуры желчных протоков (n=4) и длительно существующий холедохолитиаз (n=6). Ещё одним из тяжелых и опасных осложнений МЖ, требующих urgentных хирургических манипуляций, являлся билиарный панкреатит, диагностированный в 16 (11,2%) случаях, причиной развития которого являлся ущемленный камень (n=8) БСДПК и спазм, а также стеноз сфинктера Одди (n=10).

Для дифференциальной диагностики МЖ и её природы применяли неинвазивные методы – УЗИ, ЭГДС, МРТ, МР-холангиопанкреатография (МРХПГ), КТ и ЧЧХГ и лапароскопию.

Результаты исследования и их обсуждение. После дозированного устранения желчной гипертензии (быстрая декомпрессия приводит к усугублению печеночной недостаточности), эндогенной интоксикации (инфузионная терапия, гемоделиция, гемодиализ), улучшения общего состояния печени переходили к завершающему – II этапу лечения. Показанием к применению того или иного современного миниинвазивного метода декомпрессии желчевыводящих протоков (эндоскопического, лапароскопического, операции из мини-доступа, вмешательства под УЗ-контролем или эндоскопии) устанавливали индивидуально, в зависимости от клинической ситуации, характера, уровня и протяженности обструкции, сопутствующей патологии, тяжести МЖ, возможностей стационара и квалификации специалистов (Табл. 1).

Таблица 1

Характер миниинвазивных вмешательств на первом этапе лечения МЖ доброкачественного генеза

Характер вмешательства		Количество	%
I. Эндоскопические методы:		102	71,83
1.	ЭРХПГ с ретроградным НБД;	22	15,5
2.	ЭРХПГ с ЭПСТ;	57	40,1
3.	ЭРХПГ со стентированием;	8	5,63
4.	ЭПСТ с литоэкстракцией.	15	10,6
II. Эхоконтролируемые чрескожные пункционные вмешательства:		28	19,72
1.	ЧЧХС под контролем УЗИ;	24	16,9
2.	Наружная холецистостомия под контролем УЗИ	4	2,82
III. Лапароскопические методы:		12	8,45
1.	Лапароскопическая холецистостомия. Дренирование сальниковой сумки	8	5,63
2.	Лапароскопическая холецистэктомия с наружным дренированием холедоха	4	2,82
Всего		142	100

Хирургическая тактика при холедохолитиазе, осложненном МЖ, была наиболее активной. Так, в 57 (40,1%) наблюдениях выполняли на первом этапе ЭПСТ, в 22 (15,5%) – ретроградное назобилиарное дренирование. При тяжелой МЖ у лиц пожилого и старческого возраста в 15 (10,6%) наблюдениях при локализации конкрементов в терминальном отделе холедоха и множественных мелких конкрементах производили ЭПСТ с литоэкстракцией. Назобилиарное дренирование тонким катетером, как правило, становилось завершающим этапом эндоскопических вмешательств. В 8 наблюдениях при стенозе БДС ДПК и холедохолитиазе после ЭПСТ и литоэкстракции производили стентирование и при этом эффективно использовали НБД.

Эндоскопическое ретроградное стентирование в значительной степени облегчало подготовку пациентов, не ухудшая их состояния, к последующим радикальным вмешательствам.

При невозможном применении или нецелесообразности эндоскопических методов декомпрессии и дренирования желчевыводящих путей при МЖ доброкачественного генеза с протяженными рубцовыми стриктурами, болезни Кароли, стриктурами билиодигестивных анастомозов в 28 (19,72%) наблюдениях производили ЧЧХС под контролем УЗИ. Вмешательство завершали дозированной декомпрессией желчных протоков с последующим восстановлением оттока желчи оперативным методом. Наружную холецистостому под контролем УЗИ при доброкачественной желтухе выполняли 4 пациентам с острым панкреатитом. Ещё в 8 (5,63%) наблюдениях производили лапароскопическую холецистостомию с дренированием сальниковой сумки, а в 4 ЛХЭ с дренированием холедоха.

Из 142 больных, которым на первом этапе лечения МЖ выполнены миниинвазивные декомпрессивные вмешательства, в дальнейшем были оперированы 104 (73,2%) пациента. В 38 (26,8%) случаях миниинвазивные

декомпрессивные вмешательства оказались первым и окончательным методом лечения МЖ доброкачественного генеза. На втором этапе после купирования печеночной недостаточности и нормализации уровня билирубина в крови (в среднем 5,4 суток) выполняли радикальные оперативные вмешательства (Табл. 2).

Таблица 2

Характер радикальных оперативных вмешательств в постдекомпрессивном периоде у больных с МЖ доброкачественного генеза (n=104)

Характер оперативных вмешательств	Количество	%
Лапароскопическая холецистэктомия после ЭПСТ	31	29,8
Традиционная холецистэктомия, холедохолитотомия, холедохостомия	34	32,7
Традиционная холецистэктомия+холедодуоденостомия по Юрашу-Виноградову	25	24,0
Реконструкция гепатикоюноанастомоза по Брауну в гепатикоюноанастомоз по Ру	5	4,8
Правосторонняя гемигепатэктомия	2	1,9
Левосторонняя гемигепатэктомия	4	3,9
Надворотная резекция IV-сегмента с формированием единого билобарного анастомоза	3	2,9
Всего	104	100

В послеоперационном периоде после выполнения радикальных постдекомпрессивных вмешательств по поводу доброкачественной МЖ отмечали различные по характеру послеоперационные осложнения в – 44 (30,9%) наблюдениях с 9 (6,3%) летальными исходами. Согласно классификации тяжести осложнений по Clavien-Dindo [4] больные были распределены на 5 групп.

Так, в 22 (15,4%) наблюдениях, согласно классификации Clavien-Dindo, имели место осложнения I-II степени тяжести, для лечения которых потребовалось только комплексное и местное консервативное лечение. При послеоперационных осложнениях IIIа степени (n=6) проводили усиленную терапию, а также включали эхоконтролируемые пункционные вмешательства, а при IIIб (n=5) потребовались наркоз и миниинвазивные хирургические вмешательства. Самые тяжелые осложнения (IVа-IVб), имеющие место в 7 наблюдениях, характеризовались развитием недостаточности одного органа (n=4) и, как правило, требовали комплексного лечения. В 4 случаях тяжесть состояния больных была V степени, как правило, эти больные оказывались в агональном состоянии, вследствие тяжелых и жизнеугрожающих осложнений – послеоперационного тяжелого перитонита и острого инфаркта миокарда.

Вывод. Таким образом, двухэтапное лечение доброкачественной МЖ с применением на первом этапе миниинвазивных декомпрессивных вмешательств в сочетании с интенсивной терапией печеночной недостаточности и радикальных оперативных вмешательств на втором этапе, в значительной степени улучшают непосредственные результаты лечения этого весьма тяжелого контингента больных.

Список литературы

1. Гальперин, Э.И. Классификация тяжести механической желтухи / Э.И. Гальперин, О.Н. Момунова // Хирургия имени Н.И. Пирогова. – 2014. - №1. – С.5-9.
2. Гальперин, Э.И. Механическая желтуха, состояние «мнимой стабильности», последствия «второго удара», принципы лечения / Э.И. Гальперин // Анналы хирургической гепатологии. - 2011. - №3. - С. 16-25.
3. Иоффе, И.В. Печеночная недостаточность у больных с механической желтухой неопухолевого генеза / И.В. Иоффе, В.П. Потеряхин // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. - 2009. - Том 4, №3. - С. 130-132.
4. The Clavien-Dindo classification of surgical complications: five-year experience / P.A. Clavien [et al.] // Ann Surg. – 2009. - N250. – P.187-196.

КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИТА БИЛИАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р., Байбеков Р.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова». Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Как известно, из множества этиологических факторов ОП ведущими признаются два: алиментарно-алкогольный фактор и ЖКБ. Примерно в 10% наблюдений причина ОП остается неизвестной. Научно-практический интерес к особенностям прогрессирования ОП в зависимости от причинных факторов вызван наличием противоречивых данных о влиянии первопричины на течение и исход болезни, особенно в случаях формирования осложненного процесса [1-5].

В данной работе освещаются результаты изучения особенностей клинического течения и патогенеза ОП (n=438) билиарной этиологии, проведенного в сравнительном аспекте проведено с алиментарным панкреатитом (n=496).

Анамнестические и антропометрические особенности больных с билиарным панкреатитом. Сравнительный анализ полового состава показал, что в структуре ОП билиарной этиологии преобладали больные женского пола (60% против 40%), тогда как при алиментарном ОП наблюдались относительно равное количество мужчин

(48,6%) и женщин (51,4%). При билиарной патологии женщин было больше, чем при алиментарном ОП (60% против 51,4%; $p=0,009$).

По возрастному составу в сравнительном аспекте в отличие от алиментарного панкреатита пациентов при билиарной этиологии преобладали пациенты в возрасте 20-44 года (30,4% против 26,6%) и старше 74 лет (9,4% против 7,5%).

Сравнительный анализ антропометрических данных показал, что для билиарного ОП характерны пациенты с более высоким ИМТ ($28,4\pm 0,3$ против $27,3\pm 0,2$; $T=3,05$; $P<0,01$).

При этом средний рост больных составил $165,8\pm 0,5$ и $168,4\pm 0,4$ см при билиарном и алиментарном панкреатите соответственно, средний вес - $77,3\pm 0,7$ и $77,2\pm 0,5$ кг.

В 16,4% ($n=72$) случаях билиарного ОП наблюдались обращения в первые сутки от начала приступа, тогда как у пациентов с алиментарным ОП данный процент был больше и составил 25,6% ($n=127$) ($\chi^2=7,608$; $Df=1$; $p=0,006$). Подобная тенденция наблюдалась и в сроках от 1 до 3 суток после начала приступа панкреатита (29,0% против 40,5%; $\chi^2=6,652$; $Df=1$; $p=0,011$), что означало более поздний срок обращения за медицинской помощью у пациентов с билиарным ОП.

Интересным, на наш взгляд, является изучение данных по обращению больных после неэффективного лечения панкреатита в других клиниках. Также, тут представлены данные по первичному поступлению пациентов. Всего из общего числа пациентов с ОП преобладали случаи первично обратившихся, что составило 80,1%. Так, переводу из других клиник соответствовали 35,2% случаев билиарного ОП и 6,5% – алиментарного, тогда как первичное обращение наблюдалось в 64,8% – при билиарном и 93,5% – при алиментарном ОП ($\chi^2=120,199$; $Df=1$; $p<0,001$). Преобладание больных в группе билиарного ОП, переведенных из других клиник в связи с неэффективностью проводимого лечения было связано с высокой долей тяжелых пациентов.

Общее состояние пациентов с ОП при поступлении, оцененное по классификации Атланта-92 (2012 г.), также представлено в сравнительном аспекте.

Для билиарного панкреатита было свойственно преобладание пациентов с тяжелым состоянием (12,8% против 7,9%; $\chi^2=5,018$; $Df=1$; $p=0,026$). При алиментарной форме отмечено увеличение доли больных со средней степенью тяжести (73,0% против 57,5%; $\chi^2=5,136$; $Df=1$; $p=0,024$).

Изучение клинико-биохимических параметров в сравнительном аспекте показало, что в отличие от алиментарного панкреатита для пациентов с билиарным панкреатитом характерны более выраженные нарушения от нормы специфических показателей: увеличение молодых нейтрофилов с лейкоцитарным сдвигом влево ($17,9\pm 0,9\cdot 10^9/\text{л}$ против $9,9\pm 0,6\cdot 10^9/\text{л}$; $p<0,001$), амилазы крови ($354,9\pm 45,1$ Ед/л против $170,0\pm 23,5$ Ед/л; $p<0,001$), билирубина ($38,0\pm 2,4$ мкмоль/л против $17,2\pm 1,1$ мкмоль/л; $p<0,001$) и печеночных аминотрансфераз – АЛТ ($144,1\pm 10,2$ против $53,9\pm 7,9$; $p<0,001$) и АСТ ($126,0\pm 9,0$ Е/л против $49,0\pm 4,6$ Е/л; $p<0,001$).

Выводы. Таким образом, в сравнительном аспекте в отличие от алиментарного панкреатита для билиарной этиологии характерны следующие особенности: преобладание в структуре заболевания женщин (60% против 51,4%; $\chi^2=7,020$; $Df=1$; $p=0,009$); более высокий ИМТ ($28,4\pm 0,3$ против $27,3\pm 0,2$; $T=3,05$; $P<0,01$); более поздний срок обращения (16,4% против 25,6% обратившихся в первые сутки; $\chi^2=7,608$; $Df=1$; $p=0,006$), при этом если для алиментарного панкреатита было свойственно преобладание пациентов со средней степенью тяжести при поступлении (73,0% против 57,5%; $\chi^2=5,136$; $Df=1$; $p=0,024$), то при билиарной форме отмечено увеличение доли больных с тяжелым состоянием (12,8% против 7,9%; $\chi^2=5,018$; $Df=1$; $p=0,026$). В свою очередь, более поздние сроки поступления и высокая доля тяжелых пациентов были обусловлены значительным преобладанием больных, переведенных из других клиник в связи с неэффективностью проводимого лечения (35,2% против 6,5%; $\chi^2=120,199$; $Df=1$; $p<0,001$), что также отразилось на более выраженных отклонениях специфических клинико-биохимических параметров (лейкоцитарный сдвиг влево, амилаза и др.).

Список литературы

1. Ризаев, К.С. Оптимизация диагностики и лечения острого деструктивного панкреатита: автореферат дис. ... докт. мед. наук / К.С. Ризаев. - Ташкент 2017. - 43с.
2. Пути улучшения хирургического лечения больных инфицированным панкреонекрозом / К.С. Ризаев, Б.К. Алтыев, Ф.Б. Алиджанов, Ш.Э. Баймурадов // Вестник экстренной медицины. - 2016. - №9(1). - С.22-27.
3. Mechanisms and Management of Acute Pancreatitis / A. Garber, C. Frakes, Z. Arora, P. Chahal // Gastroenterol Res Pract. - 2018 Mar 15. - 6218798.
4. Prediction of Self-Limited Acute Pancreatitis Cases at Admission to Emergency Unit / Y. Kayar [et al.] // GE Port J Gastroenterol. - 2019. - N26(4). - P.251-259.
5. Outcome of acute pancreatic and peripancreatic collections occurring in patients with acute pancreatitis / M. Manrai [et al.] // Ann. Surg. - 2018. - N267. - P.357-63.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Назыров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р., Байбеков Р.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова». Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. По данным литературы у 25-30% больных развитие острый панкреатит (ОП) носит деструктивный характер. Именно эти пациенты представляют наиболее тяжелую в диагностическом и лечебном плане группу больных, что подтверждается данными о высоких показателях летальности, частоты осложнений, сроков госпитализации и затрат, используемых в лечении этого тяжелого заболевания [1, 3, 4].

Высокая частота летальных исходов, половина которых приходится на раннюю фазу заболевания, в первую очередь, свидетельствует об актуальности проблемы комплексной интенсивной терапии СПОН. Второй важной задачей является профилактика инфицирования и своевременная диагностика различных гнойно-септических осложнений, на которые приходится около 60% поздней летальности при ТОП [2,5].

С целью совершенствования тактических аспектов лечения этой тяжелой патологии, которые затрагивает не только хирургические подходы, но и вопросы улучшения качества поликомпонентной консервативной терапии, в данной работе представлен проведенный нами факторный анализ причин неудовлетворительного исхода предпринятой тактики лечения ОП билиарной этиологии. При этом основными направлениями являлись изучение особенностей течения билиарного ОП в зависимости от предпринятой тактики лечения, проведение анализа структуры основных системных панкреатогенных осложнений и причин летальности при остром билиарном панкреатите и определение роли ОРДС в структуре системных панкреатит-ассоциированных осложнений и причин летальности при билиарном ОП.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе причин неудовлетворительного исхода предпринятой тактики лечения острого панкреатита билиарной этиологии – 438 больных из общей выборки пациентов с острым панкреатитом из 1073 больных, которые находились в ГУ «РСНПМЦХ им.акад.В.Вахидова» и клинике АндМИ за период с 2009 по 2018 гг включительно.

Тяжесть состояния больных оценена динамически по шкалам Ranson и АРАСНЕ II. Так, отечный ОП или очаговый некроз и баллы менее 3 по Ranson и менее 8 по АРАСНЕ II отмечен в 80,6% (191 из 237 пациентов) случаях при поступлении и в 68,8% (163 из 237) случаях в процессе лечения. Острый деструктивный панкреатит с баллами более 3 по Ranson и более 8 по АРАСНЕ II диагностирован в 15,6% (37 из 237) при поступлении и в 21,5% (51 из 237) случаях в динамике, что означало прогрессирование тяжести деструкции в процессе лечения.

Из общего числа обращений тяжелые осложненные формы ОП при более 6 баллах по Ranson более 15 баллов АРАСНЕ II диагностированы в 3,8% (9 из 237) случаях, тогда как в динамике отмечается рост доли тяжелых форм с частотой в 9,7% (23 из 237 наблюдений) ($\chi^2=10,567$; Df=3; p=0,015).

При распределении наблюдений билиарного ОП по классификации Атланта-92 третьего пересмотра (2012) большинство случаев было отнесено к отечному панкреатиту, что составило 83,5% (198 больных) случаев, диагностированных при поступлении и 66,2% (157 из 237) случаев – в динамике, тогда как панкреонекроз диагностирован в 16,5% (39 из 237) случаях при поступлении. В процессе лечения наблюдалось достоверное увеличение деструктивных форм, что составило 33,8% (80 из 237) ($\chi^2=18,861$; Df=1; p<0,001), в числе которых инфицирование отмечено в 11,8% случаях.

В процессе лечения проведена оценка тяжести билиарного ОП (табл. 2), по результатам которого исходно осложненные формы деструктивного ОП наблюдались в 2,5% (6 из 237) случаях, в динамике осложнения и инфицирование развились в 11,8% (28 из 237) случаях. Также наблюдался прирост стерильного панкреатита билиарной этиологии с 13,9% до 21,9% (критерий $\chi^2=4,943$; Df=1; p=0,027).

Среди гнойно-септических осложнений в процессе лечения флегмона забрюшинной клетчатки диагностирована в 4,6% (11 из 237) случаях, инфицированные постнекротические кисты ПЖЖ – 4,6% (13 из 237), гнойный перитонит наблюдался в 7 (3,0%) случаях и панкреатогенные абсцессы – в 4 (1,7%).

Заключение. Таким образом, динамика тяжести течения острого билиарного панкреатита в процессе лечения характеризуется возможностью прогрессирования патологического процесса с достоверным увеличением доли деструктивных форм заболевания с 16,5% (39 из 237) при поступлении до 33,8% (80) (критерий $\chi^2=18,861$; Df=1; p<0,001), включая прирост стерильного (с 13,9% до 21,9%) и инфицированного (с 2,5% до 11,8%) панкреонекроза (критерий $\chi^2=4,943$; Df=1; p=0,027) с различными гнойно-септическими осложнениями.

Список литературы

1. Авакимян С.В. Прогноз и тактика лечения острого панкреатита в зависимости от тяжести патологического процесса: дис. ... док. мед. наук. Краснодар. 2015. 284 с.
2. Багненко С.Ф., Гольцов В.Р., Савелло В.Е. и др. Классификация острого панкреатита: современное состояние проблемы. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2015; 174(5): 86–92.
3. Cho JH, Kim TN, Chung NH. Comparison of scoring systems in predicting the severity of acute pancreatitis. World J Gastroenterol. 2015;21(8):2387-2394.
4. Isaji S, Takada T, Mayumi T. et al. Revised Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis 2015: revised concepts and updated points. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2015 Jun;22(6):433-45. doi: 10.1002/jhbp.260.
5. Staubli S, Oertli D, Nebiker C. Laboratory markers predicting severity of acute pancreatitis. Crit Rev Clin Lab Sci. 2015;52(6):273-283.

КЛИНИКО-ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У БЕРЕМЕННЫХ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Негматуллаева М.Н., Хамидова Н.Р., Ахмедов Ф.К.

Кафедры акушерство и гинекологии №2 БухМИ. им. Абуали ибни Сино. Узбекистан

Акушерские кровотечения продолжают оставаться актуальной проблемой современного акушерства и занимают ведущее место в структуре материнской смертности во многих странах мира, в том числе Республике Узбекистан.

Акушерское кровотечение (послеродовое и родовое) является основным фактором риска материнской заболеваемости и смертности. Основные гемостатические дисбалансы, такие как потребительская и дилуционная коа-

гулопатия, могут развиваться во время акушерского кровоизлияния и могут усугубить кровотечение. Мониторинг состояния коагуляции у пациентов с акушерским кровотечением может иметь решающее значение для эффективного гемостатического лечения, целенаправленной терапии и улучшения результатов [1,5].

Беременность связана с изменениями гемостаза, в том числе с увеличением большинства факторов свертывания крови, снижением количества природных антикоагулянтов и снижением фибринолитической активности. Количество тромбоцитов уменьшается при нормальной беременности, возможно, из-за увеличения разрушения и гемодилюции, с максимальным уменьшением в третьем триместре [2,3].

Важным показателем для характеристики степени активации гемостаза является уровень Д-димера. При расщеплении фибрина образуются конечные продукты Д-димеры. У здоровых людей концентрация Д-димера не превышает 500 мг/мл FEV (единиц эквивалента фибриногена). Избыток Д-димера свидетельствует об активации фибринолиза и на увеличение образование тромбина [1,4].

Цель исследования: оценить по триместрам беременности в динамике состояние гемокоагуляции с физиологическим ее течением для прогноза риска акушерских кровотечений.

Материал и методы исследования. Обследовано 65 женщин с физиологическим течением беременности. Из них 30 женщин (II- группа) имеющих факторы риска; курящие пациентки во время данной беременности, избыточная масса тела, прием оральных контрацептивов с отменой менее или 3 месяцев до наступления беременности. 35- женщин без факторов риска с нормально протекающей беременностью. На сроках 10-12, 22-24, и 35-36 недель гестации проводили клиническое и гемостазиологическое исследование. Клиническое обследование включала анализ жалоб, сбор анамнеза физикальный осмотр, анализ медицинской документации. Кровь для гемостазиологического исследования забирали утром, натощак, из локтевой вены, с использованием иглы с широким просветом. Исследование проводили в течение 2- часов с момента получения плазмы на аппарате «Биолог 2А-230-2». Коагуляционные исследования проводили с использованием реактивов фирмы «Технология–стандарт» на полуавтоматическом коагулометре Diamed-CD-4. Исследовали активированное время рекальцификации плазмы (АВР), активированное парциальное протромбопластиновое время (АПТВ), протромбиновое время (ПВ) , уровень фибриногена.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно критерием включения обследовано 65 женщин. Средний возраст пациентки составляет 25 (22-30) лет. Из них 30 имели первые роды , 35- повторные. Никто из пациенток до обследования не получали анти тромботическую терапию.

При анализе полученных результатов, надо отметить что, АВР, АПТВ, ПВ не имели динамических статических различий по триместрам. Вместе с тем увеличение ПВ к концу беременности оказалось статически значимо в сравнении с показателями в 1 и 2 триместрах. Поскольку этой тест отражает общую антитромбиновую активность плазмы, то возможно, увеличение связано с повышением уровня продуктов паракоагуляции, оказывающих антикоагулянтное действие.

При анализе количества тромбоцитов нами не обнаружено статистических различий при незначительном снижении средних величин в 3- триместре, что может объясняться как относительной гемодилюцией, так и частичным физиологическим потреблением тромбоцитов в маточно- плацентарном кровотоке.

Обращает на себя внимание рост уровня фибриногена, в течение беременности, выходящиеся за пределы обычных значений к концу беременности на 39,4 % по сравнению в первом триместре. Параллельно с гиперфибриногенемией отмечалось повышение содержания Д-димера на три раза соответственно.

При сравнительном анализе этих параметров показателей у исследуемых пациенток 1 и 2 группы выявлено на 3,7% более было снижено количество тромбоцитов, АВР на 3,8%, АПТВ на 3,6% снижено, ПВ повысилась на 5,6%. Показатели Д-димеров повысились на 15,1% в 3 триместре у беременных с имевшейся группы риска(2- группа).

Выводы. Показатели фибриногена, Д-димера и ПВ могут быть ранними маркерами изменений системы гемостаза у пациенток имеющих факторов риска даже при физиологическом течении беременности и они могут относиться в группу беременных с высоким риском на кровотечения в родах. С целью предотвращения имевшейся ожидаемых рисков необходимо решать вопросы предродовой госпитализации, которым необходимо проведения медикаментозной коррекции параметров нарушений системы гемостаза, для достижения благополучного исхода родов для матери.

Список литературы

1. Остроменский В.В, Борисов А.В. Современные подходы к профилактике и лечению послеродовых кровотечений // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2017. — №3. — С. 74-77.
2. Evensen A., Anderson J.M., Fontaine P. Postpartum Hemorrhage: Prevention and Treatment // Am. Fam. Physician. — 2017. — №1; 95 (7). —P.442-449.
3. Vaught A.J. Critical Care for the Obstetrician and Gynecologist: Obstetric Hemorrhage and Disseminated Intravascular Coagulopathy // Obstet. Gynecol. Clin. North Am. — 2016. — №43 (4). — P. 611-622. doi: 10.1016/j.ogc.2016.07.006.
4. De Visser S.M., Woiski M.D., Grol R.P., et al. Development of a tailored strategy to improve postpartum hemorrhage guideline adherence // BMC Pregnancy Childbirth.— 2018. — №18 (1). — P. 49.
5. Gallos I.D., Williams H.M., Price M.J., et al. Uterotonic agents for preventing postpartum hemorrhage: a network meta-analysis // Cochrane Database of Systematic Reviews.—2018.—Issue 4.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА - ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАРКЕРОВ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И., Ахмедов Ф.К.

Кафедры акушерство и гинекологии №2 БухМИ. им. Абуали ибни Сино. Узбекистан

Преэклампсия (ПЭ) является одной из самых актуальных проблем современного акушерства ввиду широкой распространенности, сложности этиопатогенеза, отсутствия ранних и достоверных диагностических критериев, действенных мер профилактики и лечения, высокого показателя материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, больших экономических затрат на проведение интенсивной терапии и реанимации пациенток [2,4].

Частота ПЭ в нашей республике Узбекистан не имеет тенденции к снижению и составляет от 10 -30%, при этом отмечается рост тяжелых, а также малосимптомных и атипично протекающих форм, являющихся причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [1]. Эти данные, демонстрируют остроту проблемы и своевременность усилий предпринимаемых для совершенствования тактики ведения беременных с ПЭ.

Отсутствие прогностически значимых диагностических тестов указывает на недостаточное использование возможностей современной медицины, тогда как с помощью гемодинамических маркеров тяжести ПЭ и различных диагностических методов исследования была бы возможна своевременная диагностика форм и, следовательно, профилактика тяжелых форм ПЭ. Особой актуальностью является определение роли и значимости мониторинга внутрисердечной и центральной гемодинамики в оценке тяжести ПЭ, решении вопроса и выбора метода родоразрешения и оценки исхода родов[3,5].

Цель исследования: Изучить значимости мониторинга внутрисердечной и центральной гемодинамики в решении вопроса – как маркера в диагностики преэклампсии.

Материал и методы исследования. Для решения задач нами обследовано 250 беременных женщин . Из них контрольную (1- группа) составили 41 беременные с физиологическим течением беременности, 169 беременных (2-группа) с преэклампсией легкой степени и 50 беременных (3- группа) которые поступили в родовспомогательное учреждение с клиническими признаками ПЭ.

Всем беременным исследуемых групп из специальных методов исследований была проведена ЭхоКГ для определения геометрии сердца и доплерометрия для изучения параметров центральной гемодинамики. Допплероэхокардиографии исследование выполнялось на аппарате Фирма Sono Scare модел SSI – 5000 (китай). Мочевая кислота и МАУ определялась в сыворотке крови ферментативным колориметрическим методом.

Полученные данные подвергали статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с помощью программного пакета Microsoft office Excel- 2003, включая использование встроенных функций статистической обработки и «Biostatistics» для Windows (версия-2007).

Результаты исследования и их обсуждение. Данные клинико-биохимических анализов крови и мочи у беременных женщин этой группы, полученные при поступлении, представлены в нижеследующей, где для сравнения приводим эти же значения у пациенток контрольной и беременных с легкой преэклампсией.

Анализируя данные, приведенные в таблице, можно с уверенностью говорить о значительных изменениях, происходящих у беременных с тяжелой ПЭ в клинико-биохимическом гомеостазе. Так, Нв и количество эритроцитов у них были снижены относительно беременных женщин контрольной группы на 25,7% и 12,9% соответственно, а относительно пациенток с легкой ПЭ эти показатели даже несколько выше, что нами связывалась с более выраженной гиповолемией у них и гемоконцентрацией. Об этом наглядно свидетельствовали и показатели гематокрита и более выраженная гипопроотеинемия в крови. Гематокрит у них на 5,8% превышал таковой у беременных женщин с легкой ПЭ, тогда как концентрация общего белка в крови, до известной степени характеризующая онкотическое давление плазмы, была снижена на 4,8% . Обращает внимание повышение концентрации азотистых шлаков и мочевой кислоты крови. Так, мочевины, креатинина и мочевой кислоты в крови у женщин с тяжелой ПЭ были повышены относительно таковых у предыдущей группы беременных женщин на 19,0%, 22,0 % и 9,8 % соответственно, что нами расценивалось как нарушение концентрационной способности почек у них и отчасти связывалось с гемоконцентрацией. На фоне прогрессирующих генерализованных отеков значительно сокращался объем суточного диуреза, который был ниже, чем у женщин с легкой ПЭ на 24,0%. Статистически значимо на 19,0% возрастала МАУ относительно этого же показателя у предыдущей группы беременных женщин. Уровень мочевой кислоты в моче у них возрастал на 31,1%.Протеинурия в три раза превышала таковую у предыдущей группы беременных женщин с легкой ПЭ. Прогрессирование признаков преэклампсии сопровождалось изменением всех изучаемых клинико- биохимических показателей крови и мочи. Наибольшим изменениям, по нашим данным, подвергаются показатели мочевой кислоты в крови и моче, МАУ и протеинурия, что лишний раз свидетельствует о необходимости мониторинга их в процессе осложненной ПЭ беременности.

Параллельное изучение ЭхоКГ показателей выявило следующие изменения относительно таковых в группе беременных с легкой ПЭ, что нашло отражение в нижеследующей.

Приведенные в данные наглядно свидетельствуют о том, что с прогрессированием ПЭ значительно изменяются показатели геометрии сердца. На 8,3% относительно таковых у женщин с легкой ПЭ увеличивается ММЛЖ. Соответственно возрастает и индекс ММЛЖ. Растет и показатель коэффициента диспропорциональности на 7,7%. У беременных женщин с тяжелой ПЭ нарастала толщина стенок левого желудочка, в частности, МЖП и ЗСЛЖ которые, были увеличены на 16,0 и 7,0%, соответственно. Продолжалась тенденция к увеличению КСР и КДР левого желудочка, которые были повышены на 4,9 и 1,4% соответственно, ИОТ был повышен на 11,4%. Анализируя изменения показателя КД у беременных женщин с тяжелой ПЭ относительно таковых в предыдущей группе, согласно данным G. Simone с соавт. (2002), мы трактовали эти изменения как - концентрическая гипертрофия левого желудочка, при которой ИММЛЖ больше нормы, а ИОТ больше 0,45, что свидетельствовало о непропорционально высокой массе миокарда левого желудочка, ибо показатель КД у них был выше 128%.

Для выявления истинных причин столь разительных изменений геометрии сердца у беременных женщин с тяжелой ПЭ, нами предпринято изучение состояния центральной гемодинамики у пациенток с тяжелой ПЭ в сроки гестации 30-32 недель. Показатели доплерометрии у данной категории беременных также свидетельствовали о происходящих изменениях, что отражено в нижеследующей, где для сравнения приводим значения этих же показателей предыдущей группы.

Что у женщин с тяжелой ПЭ статистически значимо снижаются показатели разовой производительности сердца относительно таковых предыдущей группы. УО и УИ у них снижались на 15,9%.

Что, касается минутной производительности сердца, то она практически не менялась за счет выраженной тахикардии. ЧСС у пациенток с тяжелой ПЭ был повышен на 17,8%, относительно этого же показателя у беременных с легкой ПЭ. Отмечается статистически достоверное повышение ДАД (на 22,1%), что до некоторой степени и повлекло за собой увеличение ОППС на 8,1%. Статистически достоверно возрастали КСО и КДО на 10% и 16% соответственно. Все указанное выше приводило к уменьшению фракции выброса на 9,4%.

Анализируя полученные данные со стороны показателей системной и центральной гемодинамики, геометрии сердца, можно с уверенностью говорить, что основным моментом в изменениях изучаемых показателей системы кровообращения лежит генерализованный сосудистый спазм, приводящий к значительным реакциям в системе кровообращения с соответствующими морфофункциональными изменениями в органах и тканях. И надо полагать, что эти изменения не могут не коснуться регионарного, органного кровотока матери и плода, что и предстояло нам учесть в дальнейшем.

Список литературы

1. Течение и исход беременности и родов у женщин с эклампсией (обзор литературы) / Н.З. Базарова [и др.] // Вестник врача. - Самарканд, 2017.- №1. - С.63-66.
2. Дифференцированный подход к ведению беременных с артериальной гипертензией / О.В. Макаров [и др.] // Акушерство и гинекология. - 2018. - №1. - С.9-15.
3. Сидорова, И.С. Маркеры дисфункции эндотелия при гестозе / И.С. Сидорова, Н.Б. Зарубенко, О.И. Гурина // Российский вестник акушера – гинеколога. – 2015. - Т.10, №5. – С.24-26.
4. Maqnuisek, E.B. Pregnancy cardiovascular risk as predictors of preeclampsia: population based cohort study / E.B. Maqnuisek [et al.] // BMJ. – 2017. – № 335. – P. 978-986.
5. Sequential changes in antiangiogenic factors in early pregnancy and 4 risk of developing preeclampsia / S. Rana [et al.] // II Hypertension. - 2017. - Vol.50, N 1. - P. 35-36.
6. Recurrence of preeclampsia across generations: exploring fetal and maternal genetic components in a population based cohort / R.Skiaerven [et al.] // B.M.J. – 2015. – Vol. 331. – 877.

ОПЫТ РАЗЛИЧНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТАХ ВЕК

¹Нуридинов Й.М., ²Махмудова Л.Ш., ²Салимов Ф.И., ¹Ниязов И.К.

¹Кафедра онкологии и лучевой диагностики ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан.

²Государственное учреждение “Онкологический научный центр” Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Актуальность. Увеличение количества больных с онкологическими заболеваниями, а также врожденных деформаций и пороков развития, вследствие ухудшения экологической ситуации, увеличение травматизации, сложность архитектоники орбитальной и периорбитальной области и ее эстетической и функциональной значимости, обуславливают актуальность данного исследования. Согласно современным представлениям хирургический метод является основным в лечении рака века [2]. При прорастании в глазное яблоко или ткани глазницы может потребоваться экзентерация глазницы. В случае прорастания опухоли в костные структуры предоперационно проводится лучевая терапия, а при невозможности оперативного лечения, лучевая терапия проводится как самостоятельный метод. Обширные послеоперационные дефекты, возникающие после удаления опухолей, рубцов, врожденных патологий век требуют проведения различных реконструктивно-пластических операций для восстановления нормальной трехмерной анатомии и функции век [3,4,5]. Детали оперативного вмешательства должны включать в себя размер и место расположения предполагаемого дефекта, возраст больного, васкуляризацию окружающих тканей. При наличии опухоли необходимо учитывать стадийность опухолевого процесса, морфологическое строение опухоли, проводилось ли ранее лечение в данной области и какие виды лечения (например, касательно опухоли – лучевое, криолечение и т.д.), срок появления опухоли или раны, сопутствующие заболевания, другие факторы [3,4,5]. Выполнение реконструктивных операций на веках является своевременной и актуальной проблемой офтальмоонкологии и офтальмологии.

Цель исследования: клиническая апробация различных реконструктивно–восстановительных операций при обширных дефектах век.

Материал и методы исследования. С мая 2015 года в работу отдела офтальмоонкологии ГУ ОНЦ МЗ СЗН РТ внедрены различные виды реконструктивно-восстановительных операций на веках и окулоорбитальной области (1). За год проведены 12 оперативных вмешательств у больных со злокачественными и доброкачественными опухолями век, врожденными дефектами век и посттравматическими рубцами век. В случаях опухолевых поражений век цито-гистологическое исследование опухолей выявило базально-клеточный рак – у 8 больных, плоскоклеточный рак с тенденцией к ороговению – в 1-м случае. Материалом исследования послужили данные о 12 пациентах: со злокачественными опухолями век - 9, пигментный невус н/века (определен морфологически после операции) был у 1 пациентки, 1 ребенок с колобомой верхнего века и 1 пациент с посттравматическим рубцовым выво-

ротом нижнего века. Распространенность опухолевого процесса в объеме T2N0M0 определена у 2 пациентов, T3N0M0 - у 5-х пациентов, T3-4N0M0 – у 1; 1 пациентка, обратилась в наш центр с рецидивной опухолью (после операции в непрофильной клинике). Опухоли на нижнем веке локализовались у 9 больных, на верхнем веке – у 1-й пациентки. Средний возраст пациентов со злокачественными опухолями век составил 58,6 (возраст пациентов от 42 до 75 лет). Женщин с опухолями век было 7, мужчин – 3. Пациенты находятся под динамическим наблюдением от 1 месяца до 13 месяцев. Все оперативные вмешательства осуществлялись под общей анестезией. Всем пациентам с опухолями было осуществлено радикальное удаление опухоли. Были выполнены операции иссечения опухоли со сквозной резекцией век, отступая от краев опухоли 0,5 - 0,6 см. Хирургическое вмешательство приводило к возникновению значительных дефектов кожи, в том числе к возникновению сквозных дефектов век, размером более 2,5 см. Важным моментом при возникновении сквозных дефектов век являлось восстановление передней и задней пластинок века.

Таблица 1. - Клинические данные о пациентах со злокачественными опухолями век

№	Возраст (лет)	Пол	Локализация и морфология опухоли	Стадия по системе TNM	Размер дефекта века к общему размеру века во время операции (%)	Тип реконструктивной операции
1	66	муж	Базально-клеточный с-г нижнего века OS	T3N0M0	92%	
2	42	жен	Базально-клеточный с-г нижнего века OD	T3N0M0	60%	
3	75	жен	Базально-клеточный с-г нижнего века OS	T2N0M0	60%	
4	53	муж	Базально-клеточный с-г нижнего века OD	T3N0M0	82%	
5	66	муж	Базально-клеточный с-г нижнего века OS	T3N0M0 состояние после лучевой терапии	23%	Ротационный лоскут (по Tenzel) – реконструкция нижнего века
6	45	жен	Базально-клеточный с-г нижнего века OD	T3-4N0M0 с распространением в кожу щеки	98%	Ротационный щечный лоскут (по Mustarde) + тарзokonъюнктивальный лоскут (по Hughes)
7	69	жен	Плоскоклеточная с-г нижнего века OD с ороговением	Рецидивная опухоль. Состояние после нерадикальной операции + II курса лучевого лечения, II операции, III курса х/т	27%	Иссечение рецидивной опухоли нижнего века OD со сквозной резекцией н/века, с пластикой надкостничным лоскутом скуловой кости
8	66	жен	Базально-клеточный с-г нижнего века OD	T2N0M0	61%	Тарзokonъюнктивальный лоскут (по Hughes) с пластикой свободным кожным лоскутом с верхнего века того же глаза
9	46	жен	Базально-клеточный с-г верхнего века OD	T3N0M0	85%	Замещение дефекта в/века по Cutler-Beard (Bridge Flap) Задне-ламеллярный трансплантат с верхнего века противоположного глаза

Таблица 2. - Персональные данные о пациентах с доброкачественными и неопухолевыми заболеваниями век

№	Возраст	Пол	Диагноз	Размер дефекта века к общему размеру века во время операции (%)	Тип реконструктивной операции
1	27 лет	муж	Посттравматический рубцовый выворот н/века OS	68%	Тарзokonъюнктивальный лоскут (по Hughes) с пластикой свободным кожным лоскутом с в/века того же глаза
2	3 мес.	муж	Множественные пороки развития век и уха слева. Дермоид кожи верхнего века, колобома в/века. Врожденный эктропион н/века. Хронический кератит, язва роговицы.	62%	Замещение дефекта в/века по Cutler-Beard (Bridge Flap). Задне-ламеллярный трансплантат (с верхнего века противоположного глаза)
3	53 г.	жен	Пигментный невус нижнего века левого глаза Ib кл.гр.	27,5%	Ротационный лоскут (по Tenzel) – реконструкция нижнего века

Результаты исследования и их обсуждение. Все лоскуты прижились без осложнений, раны зажили первичным натяжением. В течение 1-12 месяцев наблюдения ни у одного из оперированных нами пациентов рецидива опухоли, лагофтальма или гипертрофических рубцов не наблюдалось. Все пациенты были довольны косметическими и функциональными результатами операций.

Выводы. Выполнены не только радикальные по объему хирургические вмешательства, но и восстановлена анатомическая целостность и защитные функции век, получены хорошие эстетико-косметические результаты, что ускорило медицинскую и социальную реабилитацию этих сложных больных.

Список литературы

1. Значение реконструктивно-восстановительных операций при опухолях век и окулоорбитальной области / Л.Ш. Махмудова [и др.] // Евразийский онкологический журнал. – 2016. - Т.4, №2. – С.120.
2. Exenteration of orbit for basal cell carcinoma / A. Furdova [et al.] // Cesk Slov Oftalmol. – 2015. - N71(4). – P.209-16.
3. Eyelid reconstruction / M. Alghoul [et al.] // Plast Reconstr Surg. – 2013. - N132. – P.288-302.
4. Pedicled lower lid-sharing flap for full-thickness reconstruction of the upper eyelid / Y.C. Wang [et al.]. - Published online 2004, Aug 8 doi:10.1038/eye.2014.183
5. Upper and lower eyelid reconstruction / M.A. Codner [et al.] // Plast Reconstr Surg. – 2010. - N126. – P.231-245.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТРАДИЦИОННОЙ НЕФРЭКТОМИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЧИН, ПРИВОДЯЩИХ К ОРГАНОУНОСЯЩЕЙ ОПЕРАЦИИ И ИНДЕКСУ МАССЫ ТЕЛА

Одилов А.Ю.^{1,2}, Кадыров З.А.¹, Салимов Х.Г.,³Холалиев А.А.²

¹Кафедра эндоскопической урологии факультета непрерывного медицинского образования медицинского института, Российского университета дружбы народов, Москва, Россия

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии», Душанбе, Таджикистан

³Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Несмотря на применение современных методов диагностики и лечения урологических заболеваний, нередко по разным причинам (несвоевременная диагностика, неадекватное лечение и наблюдение и др.) больные обращаются к урологам в терминальной стадии заболевания с различными осложнениями, поэтому возникает необходимость в удалении почки [1]. Больные с единственной почкой представляют особую медико-социальную категорию, так как многие из них являются инвалидами разной группы, требующие постоянного наблюдения и лечения [2-4].

Заболевания, приводящие к снижению функции почек, к различным осложнениям вплоть до утраты функции почек, часто требуют выполнения органоуносящих операций [1]. Исходя из этого, проблема рационального применения различных методов нефрэктомии в зависимости от конкретной клинической ситуации остается актуальной задачей современной хирургии.

Цель исследования. Определение продолжительности при традиционной нефрэктомии (ТН) в зависимости от причин, приводящих к органоуносящей операции и индексу массы тела (ИМТ).

Материал и методы исследования. Основу настоящей работы составили результаты анализа данных обследования и лечения 250 пациентов, которым было выполнена традиционная нефрэктомия или нефроуретерэктомия. При этом сморщивание почки наблюдалось у 67, гидронефроз различной этиологии – у 59, осложнения МКБ (камни почек и мочеточника) и пионефроз – по 62 пациента. При этом у 35 больных были в анамнезе операции в органах брюшной полости и у 32 – операции в органах забрюшинного пространства.

Пациентам определяли общий анализ крови и мочи, свёртывающую систему крови, биохимический анализ крови (уровень креатинина, мочевины, билирубина, электролитов), пробу Реберга, проводили гистоморфологическое исследование удаленной почки, УЗИ почек и мочевыводящих путей. По показаниям проводили обзорную и экскреторную урографию, компьютерную томографию и мультиспиральную компьютерную томографию, доплерографию сосудов почек.

Статистические методы исследования проводили для объективизации полученных данных. Достоверность результатов оценивали с помощью критерий достоверности Стьюдента и Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение. Все операции выполняли под эндотрахеальным обезболиванием. Осложнений, связанных с интубацией и проведением анестезии, не отмечали.

Во время традиционных нефрэктомий выполняли межмышечный разрез у 43 (17,2%) больных, люмботомический по Федорову – у 206 (82,4%) и у 1 (0,4%) – надлобковый поперечный разрез по поводу тазовой дистопии левой почки. С целью удобного доступа к почке в 4 случаях, кроме люмботомического разреза по Федорову, произвели резекцию 12-го ребра. Межмышечный разрез обычно использовали у больных со сморщенной почкой, а разрез по Федорову – при гидронефротически больших размерах почки, мочекаменной болезни, пионефрозах, а также при наличии в анамнезе операций на органах забрюшинного пространства.

У больных уретерогидронефрозом одной почки или одной из половин удвоенной почки, учитывая расширение мочеточника до мочевого пузыря, нефроуретерэктомию или геминефроуретерэктомию выполняли из двух этапов. Для мобилизации почки использовали разрез по Федорову и для н/з мочеточника разрез Пирогова.

На длительность операции влияли многие факторы: причина нарушения функции почки, наличие или отсутствие паранефрита, пионефроза, наличие в анамнезе операции на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, выполнение нефрэктомии или нефроуретерэктомии, размеры почек, ИМТ, наличие или отсутствие гипертонии и др. Исходя из этого, нами были проанализирована продолжительность операции у больных со смор-

щенной почкой, гидронефрозом или гидроуретеронефрозом различной этиологии (стриктурой или облитерацией ЛМС и мочеточника, камнями почек и мочеточника, аномалиями и др.), пионефрозом, новообразованиями почек, а также у больных с наличием в анамнезе оперативного лечения на органах брюшной полости и забрюшинного пространства.

Продолжительность нефрэктомии традиционным методом составила в среднем $102,86 \pm 14,31$ (40-285) и традиционной нефроуретерэктомии – $121,05 \pm 6,86$ (78-190) мин. У больных со сморщенной почкой время затрачиваемое на операцию, было значительно меньше ($69,01 \pm 5,20$ мин), чем при удалении почки у больных гидронефрозом различной этиологии – $111,2 \pm 9,3$ мин. Установили, что у больных со сморщенной почкой время, потраченное на операцию было в 1,5 раза меньше, чем у больных при удалении почки с осложнениями МКБ, гидронефрозом различной этиологии ($p < 0,001$). У больных пионефрозом длительность операции составила $129,76 \pm 13,95$ (114-210) мин. У этой категории больных из-за инфильтрации паранефрии, рубцово-спаечного процесса в забрюшинном пространстве, хронического паранефрита возникали технические трудности, которые удлинляли время операции.

Особую группу составили больные с наличием в анамнезе оперативного лечения на органах брюшной полости и забрюшинного пространства. У больных в анамнезе с оперативным лечением на органах брюшной полости продолжительность операции при выполнении ТН (люмботомный разрез) составила $102,54 \pm 12,72$ (86-124) мин. В группе больных с люмботомией и оперативным лечением на органах забрюшинного пространства продолжительность операции при выполнении ТН (люмботомный разрез) составила $129,98 \pm 15,30$ (102-285) мин. В этой группе основные трудности были связаны с мобилизацией почки из-за рубцово-спаечных изменений вследствие предыдущих операций. С другой стороны, создание доступа к почке при выполнении ТН было несколько затруднено, поэтому время операции между группами отличалось.

С другой стороны, при проведении традиционной нефрэктомии при анализе всей выборки с учетом и без учета в анамнезе оперативного вмешательства на органах брюшной полости и забрюшинного пространства было выявлено увеличение общей длительности операции при осложнениях МКБ – $111 \pm 9,3$ мин, при ранее проведенном хирургическом вмешательстве на брюшной полости – $121 \pm 7,33$ мин соответственно, люмботомии в анамнезе – $127 \pm 7,53$ мин и при пионефрозе – $129,79$ мин.

Среднее время операции в зависимости от ИМТ отмечается удлинением оперативного вмешательства и при ИМТ $18,5-24,9$ кг/м², которое равнялось $92,45 \pm 9,76$ мин, при ИМТ $25-29,9$ кг/м² – $95,34 \pm 9,98$ мин и при ИМТ $30-34,9$ кг/м² – $104,14 \pm 12,24$ мин, соответственно. При выполнении операции технические трудности возникали у 38 (15,2%) больных, которые были связаны с неоднократными операциями на почке и спаечным процессом в забрюшинном пространстве с вовлечением брюшины, у 5 (2,0%) – с пионефрозом в сочетании с паранефритом и у 1 (0,4%) больного – с МКБ со сморщиванием почки после традиционной операции.

Выводы. Продолжительность традиционной нефрэктомии зависит от причин, приводящих к нефрэктомии, предыдущих операций на органах забрюшинного пространства и индекса массы тела. Продолжительность операции при сморщенной почке намного короче и легко выполняема, чем при осложнениях МКБ, гидронефрозах, пионефрозах и предыдущих операциях на органах забрюшинного пространства.

Список литературы

1. Кадыров З.А. Лапароскопические и ретроперитонеоскопические операции в урологии / З.А. Кадыров. – М. : «ГЭОТАР-Медиа», 2017. – 488 с.
2. Аляев Ю.Г. Урология. Российские клинические рекомендации / Ю.Г. Аляев, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкарь. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 496 с.
3. Иванов А.П. Нефрэктомия в современных условиях: причины и дальнейшая судьба больных с единственной почкой / А.П. Иванов, И.А. Тюзиков // *Фундаментальные исследования*. – 2011. – №7. – С. 64-66.
4. Янбарисова Э.В. Восстановительная терапия больных после нефрэктомии / Э.В. Янбарисова, А.Р. Гильмутдинов // *Успехи современного естествознания*. – 2014. – № 6. – С. 76-78.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СЕДЛОВИДНОГО НОСА

Одинаева М.С., Файзуллоева М.Ф., Саидов И.С.

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

Актуальность. Среди врожденных и приобретенных деформаций носа особое место занимает седловидная форма носа (ринолордоз), при которой отмечается западение спинки носа из-за смещения костных и хрящевых структур вследствие травмы. Операции по восстановлению и исправлению спинки носа занимают первое место среди всех операций по ринопластике. Еще в 1886г Jsrael для устранения седлообразной деформации носа использовал костную пластинку, взятую из голени, а в 1900г Mangolt применил хрящевой аутоотрансплантат, взятого из ребра. На сегодняшний день появился целый арсенал многообразий аллотрансплантатов. Последние, хотя и сокращают длительность операции, являются чужеродным материалом, имеют недостатки, присущие их свойствам и таят в себе опасность действия на окружающие ткани, вследствие чего считаются вредными и биологически не оправданными.

Цель исследования. Исходя из этого, многие вопросы в коррекции седловидной деформации носа все еще не решены, в частности спорным является форма, вид и материал используемого трансплантата.

Материалы и методы исследования. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно сосудистой хирургии г. Душанбе с 2014 года по 2019 год оперировано 81

больных с седловидной деформации носа. В возрасте от 8 до 46 лет. Мужчин было 55, женщин – 26. Западение спинки носа было врожденного характера в 2 случаях и приобретенного – в 79. У 58 (72%) больных имело место западение спинки носа в костно-хрящевом отделе, а у 23 (28%) - западение кончика носа, вследствие дефекта перегородочного хряща. У последней группы больных в анамнезе отмечалась неоднократная ринопластика в условиях ЛОР-клиники, трем из них были имплантированы аллотрансплантаты из различных материалов. Как правило, у больных отмечалось уплощение носовых костей, которые находились практически на одной плоскости и наличие седловины в переднем крае четырехугольного хряща. Наряду с эстетически неудовлетворительной формы носа у 16 больных отмечалось нарушение носового дыхания справа (7) или слева (9).

Все пациенты оперированы в плановом порядке под ЭТН. В 77 (95%) случаях ринопластику выполняли открытым доступом по Rethi, а в 4 (5%) случаях закрытым доступом со стороны слизистой преддверия носа. Хирургическое лечение ринолордоза заключалось в восполнении риноскелета путем имплантации аутохряща в виде пирамидального бруска в 20 (24,6%) случаях и Г-образного трансплантата, моделированного из костно-хрящевого отдела VII-VIII ребер справа – в 61 (75,4%). Трансплантат Г-образной формы помещали короткой каленой (хрящевая часть) между медиальными ножками больших крыльных хрящей, а длинной коленой - на спинке носа. Длинное колено трансплантата на спинку располагали таким образом, что хрящевая часть размещалась между боковыми хрящами носа, а костная часть трансплантата на костную часть спинки носа. При использовании хрящевых трансплантатов в 13 случаях выполняли срединную остеотомию, в 7 случаях - резекцию латеральных ножек крыльных хрящей и в 14 случаях резекцию сильно деформированных участков перегородочного хряща в местах его неправильно сросших переломах. В 5 случаях при операции открытым доступом хрящевые трансплантаты фиксировали к спинке носа рассасывающим шовным материалом 5/0-6/0. Остальным правильное положение трансплантата на спинке обеспечивали наружной фиксацией путем тампонады носа турундами с глицерином, использованием *steri-strip* и гипсовой маски.

Донорская рана, после предварительного исключения случайной перфорации плевры ушивалась послойно с наложением внутрикожного шва.

Послеоперационный период во всех случаях протекал гладко, раны заживали первичным натяжением, отеки и кровоподтеки регрессировали, начиная с 3-4 сутки после операции, и через 2-3 недели проходили полностью. Кожные швы после открытой ринопластики снимали на 6-7 сутки после операции. После снятия турунды из носовых ходов и гипсовой маски на 7-8 сутки после операции больные выписывались под амбулаторным наблюдением специалиста. Осложнения местного или общего характера среди оперированных больных не наблюдались.

Результаты исследования и их обсуждение. Отдаленные результаты ринопластики прослежены у 75(92,5%) больных в сроках от 6 месяцев до 5 лет. Улучшение носового дыхания отмечалось у всех 16 больных. Эстетические результаты во всех случаях удовлетворяли пациентов. Повторную операцию выполняли одному больному, который через один год после первой операции получил сильную травму носа, в результате чего отмечалось искривление длинной ножки Г-образного трансплантата. При повторной операции отмечался перелом длинной ножки, который после выпрямления армирован при помощи тонкой спицы. Эстетический результат повторной операции у больного также был удовлетворительным.

Выводы. Таким образом, использование моделированного Г-образного костно-хрящевого аутооттрансплантата при хирургической коррекции врожденных и посттравматических ринолордозов, позволяет получить хорошие и стойкие эстетические результатов и лишен тех многочисленных недостатков, присущих аллотрансплантатам.

Список литературы

1. Пластическая и реконструктивная хирургия лица /Под ред. А.Д. Пейпла; Пер. с англ. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2007. – 951 с.
2. Rhinoplasty: state of the art / [edited by] Ronald P. Gruber, George C. Peck. – 1993 by Mosby-Year Book, Inc.
3. Гюсан, А.О. Ошибки и осложнения восстановительной риносептопластик / А.О. Гюсан, В.И. Кошель. - СПб.: Диалог, 2009. -113 с.
4. Гюсан, А.О. Ринопластика. Хирургическое лечение седловидной деформации носа / А.О. Гюсан. – СПб: «Специальная Литература», 1997. -78с.
5. Белоусов А.Е. Очерки пластической хирургии. Т.3: Хирурги и пациенты / А.Е. Белоусов. – М.: Практическая медицина, 2015.- 136с.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ХОЛЕЛИТИАЗОМ

Олимй М.¹, Амонов Ш.Ш.^{1,2}, Файзиев З.Ш.²

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии», Таджикистан

Актуальность. Сочетанное течение ишемической болезни сердца (ИБС) и желчнокаменной болезни (ЖКБ) достаточно часто встречается в клинической практике. По данным современных исследователей, от 22 до 61,2% больных желчнокаменной болезнью, страдают ишемической болезнью сердца [2,5].

Подобные высокие цифры принято связывать с рядом общих патогенетических механизмов и факторов риска возникновения указанных нозологических форм.

Ежегодно проводится около 7000 холецистэктомий по поводу желчнокаменной болезни на 100 тысяч населения [1,2]. Оценка влияния проведение различных методов холецистэктомии на миокард у больных ишемической болезнью сердца приобретает особую актуальность.

Цель исследования. Оценить результаты различных методов холецистэктомии у больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов клинического обследования и хирургического лечения 21 больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) с сопутствующей ишемической болезнью сердца (ИБС), находившихся на стационарном лечении в отделении эндоскопической хирургии РНЦССХ с 2013-2018 годы.

В зависимости от выбора доступа оперативного вмешательства больные были разделены на две группы: I - составили 16 (76,2%) пациентов, которым выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ); II – 5 (23,8%) случаях операция была выполнена из мини-доступа (МД).

В экстренном порядке с острой формой ЖКБ было оперировано 6 (28,6%) больных. Из них: водянка желчного пузыря наблюдалась у 3 (14,3%), эмпиема желчного пузыря у 2 (9,5%) и перивезикальный инфильтрат у 1 (4,8%). Холедохолитиаз отмечен у 2 (9,5 %) больных, в обоих случаях пациенты поступили в стационар с желтухой легкой и средней степени выраженности.

Из сопутствующих заболеваний в анализируемых группах у всех больных было выявлена ишемическая болезнь сердца с артериальной гипертензией, 6 (28,6%) больным были проведены реваскуляризационные операции на сердце: из которых 5 (23,8%) стентирование коронарных артерий и 1 (4,8%) аорто-коронарное шунтирование.

Все больные пожизненно принимали антикоагулянтные и антиагрегантные препараты: аспирин – 14 (66,7%) больных, клопидогрель – 4 (19,0%) и варфарин – 3 (14,3%).

Задачи обследования и лечения больных решали путем комбинированного и последовательного применения комплекса клиничко-лабораторных, инструментальных и эндоскопических исследований. Вопрос об экстренности операции решали в зависимости от общего состояния больных, системы свертывающей системы и вида принимаемого антикоагулянтного и антиагрегантного препарата.

Такой подход позволил выделить ситуации, которые требовали консервативное лечение на первом этапе и разработать дооперационные критерии отбора пациентов для различных видов доступа оперативного вмешательства при ЖКБ.

Минилапротомную холецистэктомию выполняли из трансректального доступа с использованием набора инструмента «Мини-Ассистент», ЛХЭ из стандартного 4-портового доступа. Для послеоперационной оценки функции сердца больным было проведено комплексное инструментальное исследование работы сердца.

Результаты исследования и их обсуждение. Продолжительность холецистэктомии из Мини- доступа составила в среднем 53±10 мин и при ЛХЭ составила 48,5±3,5 мин.

Интраоперационные осложнения (ИО) не отмечены.

Анализ состояния пациентов после проведенных операций выявил следующие особенности: у 13 (61,9%) больных отмечалось снижение артериального давления, улучшение общего состояния больных и уменьшение жалоб со стороны работы сердца; у остальных - 8 (30,1%) изменение в работе сердца не отмечено.

Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре после холецистэктомии из МД составила 5 ±2 койко-дня и при ЛХЭ составила 4,0±1 койко-дня. Среди пациентов летальных исходов не было.

Выводы. Проведение холецистэктомии у больных ишемической болезнью сердца и холелитиазом способно нормализовать некоторые функциональные параметры миокарда и уменьшает частоту кризов артериальной гипертензии за счет ликвидации приступов желчной колики.

Список литературы

1. Добровольский С.Р., Рамазанов А.Р., Курбанов Ф.С. – Хирургия, 2011, №9 с. 11- 14.
2. Марковцева В.М., Шилов А.М., .2017
3. Liu Y.Y., Yeh C.N. et al. – World J Surg, 2009, v.33, pp.1720–1726.
4. Курбаниязов З.Б., Рахманова К.Э.– XVI Международный Конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ: Сб.тезисов. – Екатеринбург, 2009, с.131.
5. Каримов Ш.И., Ким В.И., Хакимов М.Ш. Выбор хирургического лечения острого холецистита у больных с повышенным операционным риском // Анналы хирургической гепатологии. 2004. Т. 9, № 1. С. 115–119.
6. Кузин Н.М., Дадвани С.С., Лапароскопическая и традиционная холецистэктомия: сравнение непосредственных результатов // Хирургия. 2000. № 2. С. 25–27.
7. Пучков К.В. Влияние карбоксиперитонеума на гемодинамику у пациентов групп риска // Эндоскопич. хирургия. 2003. Прил. С. 108–109.

МЕТОДИКА СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ БОЛЬШИХ ОБЪЁМНЫХ ГИДРОЦЕЛЕ

Олимов Р.Х., Пиров Т.А., Салимов Х.Г., Сидиков А.Ш.

¹Государственное учреждение «Республиканский научно-клинический центр урологии» Душанбе, Республика Таджикистан

²Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Актуальность. Гидроцеле зафиксировано от 1,5 до 3,9% у молодых мужчин репродуктивного возраста, у пожилых, а также у мужчин старческого возраста [1]. Несмотря на «безобидность» гидроцеле нередко проявляется косметическим дефектом, дискомфортом при движениях, мочеиспускании и половом акте, а нередко болевыми ощущениями, что значительно ухудшает качество жизни пациентов. Напряженное гидроцеле, нарушая кровоснабжение яичка, иногда вызывает сильную боль и в связи с этим необходима срочная ревизия мошонки [2-4]. Кроме того, гидроцеле нарушая кровоснабжение яичка и лимфоотток, отрицательно влияет на секреторную функцию

яичка, что в 20-30% случаев приводит к изменениям в эякуляте и появлению структурных нарушений в ткани яичка [1, 5]. В связи с этим необходимость качественного лечения гидроцеле не вызывает сомнений. Основным методом лечения гидроцеле остается оперативный [3-5]. Традиционные открытые операции (Бергмана, Винкельмана, Лорда) остаются распространенными методами лечения гидроцеле во многих клиниках мира [4], однако эти операции являются травматичными, вызывая такие осложнения как гематомы, кровотечения, отек мошонки, лимфостаз, послеоперационные эпидидимиты и орхиты, нагноение раны, иногда возможны рецидивы [1-3-5]. Одним из малоинвазивных методов лечения гидроцеле является склеротерапия, так как, по данным литературы, использование склерозирующего вещества безопасно [1-5]. Среди склерозирующих веществ особым остается 96% этиловый спирт. По данным различных авторов, частота успешных результатов достигает от 61 до 97%.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пациентов при больших объемах гидроцеле.

Материал и методы исследования. За период 2017 по 2019 г указанным методом нами пролечено 24 больных с гидроцеле большого объема в возрасте от 40 до 85 лет. Объем гидроцеле составил от 300 до 1500 мл. У 6 больных диагностировали рецидивное гидроцеле, у 2 больных двустороннее гидроцеле объемом 400-1000 мл, у 12 больных - сопутствующие заболевания, в связи с чем оперативное лечение им было противопоказано. Гидроцеле диагностировали на основе жалоб больных, данных анамнеза и объективного статуса, а также результатов специальных методов исследования (УЗИ органов мошонки, диафаноскопия). Кроме того, больных обследовали стоя и лежа, чтобы исключить сообщающееся гидроцеле. Из исследования исключили больных с гематоцеле, гематомы мошонки и другими сомнительными случаями гидроцеле. Для пункции жидкостных образований использовали следующий набор: шприц 20 мл, иглодержатель, зажимы типа «москит» и набор специального катетера типа «Фоли F8-10» Модифицированный способ пункции и склеротерапии гидроцеле под УЗ-контролем осуществляли следующим образом: перед пункцией производили блокаду семенного канатика 1%-м раствором лидокаина 20 мл, разведенным 0,9%-м изотоническим раствором натрия хлорида, и дополнительно обезболивали место пункции 5-8 мл лидокаина (Рисунки 1-2). Под УЗ-контролем в нижнем полюсе яичка производили пункцию жидкостного образования троакаром, стилет троакара извлекали и в полость вводили катетер Фоли F8, баллон наполняли 5-10 мл изотонического раствора натрия хлорида. Чтобы избежать миграции или отхождения, катетер дополнительно фиксировали к коже мошонки, и по нему эвакуировали содержимое полости мошонки (Рисунки 3-4). В связи с тем, что содержимое гидроцеле большого объема иногда бывает мутным, полость мошонки промывали физраствором и водным раствором хлоргексидина. После эвакуации жидкости выполняли биопсию ткани яичка и его оболочек, а в полость гидроцеле вводили 96%-й спирт в объеме 40-100 мл в зависимости от объема гидроцеле с экспозицией 30 мин (Рисунки 5-6). Через 30 мин полость гидроцеле промывали водным раствором хлоргексидина или изотоническим раствором натрия хлорида. Затем повторно в полость гидроцеле вводили 5-10 мл 96%-го спирта без эвакуации и катетер удаляли.



Рисунок 1. Блокада семенного канатика

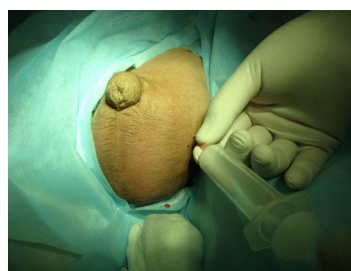


Рисунок 2. Анестезия места пункции

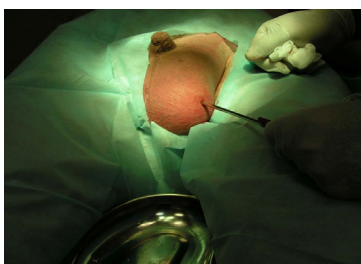


Рисунок 3. Пункция гидроцеле троакаром от набора катетера Фоли F8

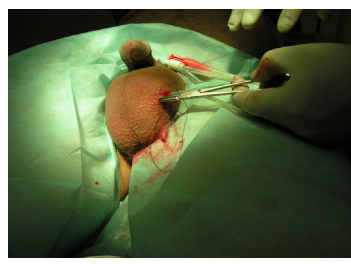


Рисунок 4. Фиксация катетера перед экспозицией спирта



Рисунок 5. Введение спирта по катетеру



Рисунок 6. Этап экспозиции спирта

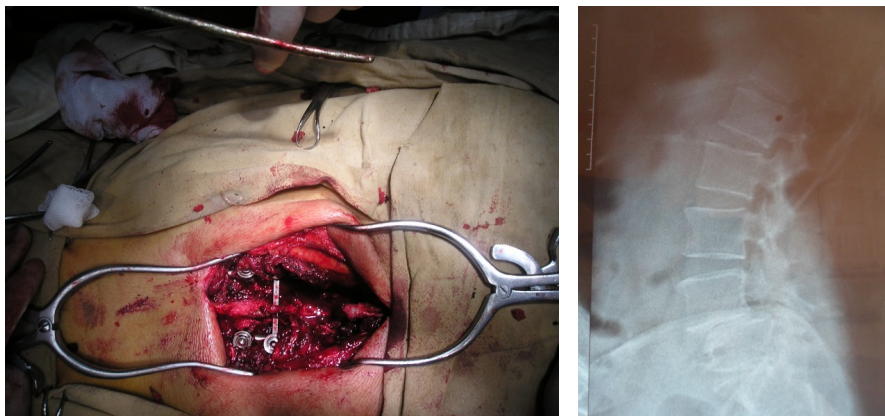


Рис.1. Фотоиллюстрация Больной Б. Спондилолистезом L4 позвонка рентгенография и процесс операции, фиксации позвоночника транспедикулярной системой коррекции.

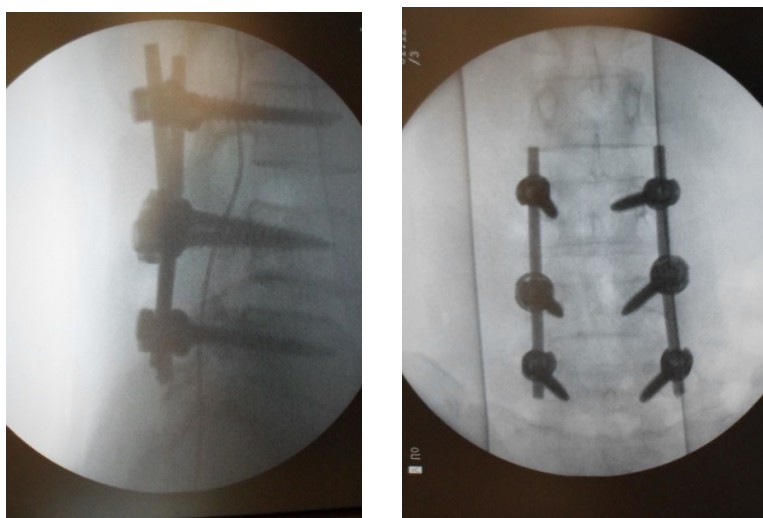


Рис 2. Фотоиллюстрация наложенной транспедикулярной системы под ЭОП

Редукцию смещенного позвонка осуществляли при помощи специальных «редукционных» винтов и инструментов. Фиксацию одного сегмента (4 транспедикулярных винта) производили при небольших степенях смещения, отсутствии дегенеративных изменений смежных межпозвонковых дисков. При смещениях III-IV ст., а также при выраженных дегенеративных изменениях смежных межпозвонковых дисков, значительных нарушениях баланса позвоночника выполняли многоуровневую транспедикулярную фиксацию.

Результаты исследования. Сравнительная оценка отдаленных результатов хирургического лечения больных с спондилолистезом убедительно показала увеличение частоты благоприятных исходов до 88,2 % в группе больных, оперированных с применением металлических конструкций после детального предоперационного планирования. К удовлетворительным результатам отнеслись – 5 (7,4%) больных, и неудовлетворительные результаты составило – 3 (4,4%) пациента.

Заключение. Таким образом, анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных с истинным (спондилолистезом) спондилолистезом позволил выделить следующие патологические факторы, в значительной степени определяющие анатомо-функциональные исходы лечения: компрессия нейро-сосудистых элементов; степень смещения тела позвонка; нарушение стабильности позвоночно-двигательного сегмента (гипермобильность, нестабильность); нарушение сагиттальных и фронтальных позвоночно-тазовых взаимоотношений, баланса туловища, требующие инструментальной коррекции; дегенеративные изменения смежных сегментов позвоночника; высота межпозвонкового промежутка на уровне смещения.

Список литературы

1. Скрябин Е.Г. Спондилолиз и спондилолистез нижних поясничных позвонков у детей и подростков. *Гений ортопедия*. 2017;23(1): 71-73. DOI:
2. Скрябин Е.Г. Колунин Е.Т. Профилактика травм и обострений заболеваний позвоночного столба в процессе спортивной подготовки. *Теория и практика физической культуры* 2018;7:33-35.
3. Надулич К.А. Теремшюнок А.В. Нагорный Е.В. Лечение пациентов со спондилолистезом методом костной аутопластики и остеосинтеза дужки позвонков. *Хирургия позвоночника*. 2011;(1):16-19.
4. Виссаринов С.В. Мурашко В.В., Белянчиков С.М., Кокушин Д.Н., Салохина И.Ю., Гусаева И.А и др. Хирургическое лечение спондилолистеза L5 позвонка у детей. Возможности заднего доступа. *Ортопедия, травматология и восстановительная хирургия детского возраста*. 2014;2(3):24-33.
5. Скрябин Е.Г. Решетникова Ю.С., Юхвид Е.В. Спондилолистез у беременных женщин: особенности клиники, диагностики, лечения. *Дальневосточный медицинский журнал*. 2009;(2):51-53.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ НЕОСЛОЖНЕННЫХ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМОЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Парпиев Ф.М., Миров М.М., Норов М.Ш., Шарифов Н.М.,

Кафедра травматологии и ортопедии ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
Государственное учреждение Национальный медицинский центр Республики Таджикистан
«Шифобахш». Таджикистан

Актуальность. Переломы позвоночника - это одна из актуальных проблем травматологии. По данным некоторых авторов, компрессионные переломы составляют от 1,5% до 3% всех травм костно-суставной системы. Диагностика таких повреждений связана со значительными трудностями (слабая выраженность клинических проявлений, нечеткость рентгенологических данных, вариабельность формы позвонков и их дисплазия). [1,2]. Несвоевременная, неадекватная диагностика ведет к неправильной тактике лечения, а в последствии грозит развитием различных осложнений. К таким осложнениям относят развитие нестабильности в травмированном отделе, патологические искривления позвоночного столба (кифосколиозы), радикулиты, раннее развитие дегенеративно-дистрофических изменений, а также достаточно редкие, но не менее значимые асептические некрозы тел позвонков [2,3].

Цель исследования. Сравнить возможности рентгенографии и МРТ в диагностике острых неосложненных компрессионных переломов с острой травмой позвоночника.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты 40 клинических, рентгенологических и МРТ-исследований пострадавших, находившихся на стационарном обследовании и лечении в отделении сочетанной травмы ГУ НМЦРТ «Шифобахш» по поводу компрессионных переломов грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. Рентгенографические исследования грудного отдела (40 исследований) и пояснично-крестцового отдела (2 исследования) выполнялись на рентгенодиагностическом аппарате на 2 рабочих места — строго в прямой и боковой проекциях в горизонтальном положении больного.

Результаты исследования и их обсуждение. Методом обзорной рентгенографии травматические повреждения позвоночника диагностированы в 90% случаев, при этом компрессионные переломы тел позвонков выявлены в 25%, компрессионно-оскольчатые - в 45% и переломо-вывихи - в 30% случаев. У большинства больных (60%) степень компрессии тел позвонков составляла от 25 до 50% от нормальной их высоты. Патологический кифоз выявлен у 44,8% пациентов. При магнитно-резонансной томографии позвоночника в первые сутки после травмы наблюдались изменения в спинном мозге в виде его отёка в 28% случаев, ушиба - в 22%, геморагии - в 6% случаев. У всех пострадавших в ранний период отмечалось повышение сигнала в теле поврежденных позвонков на T2-ВИ, обусловленное контузией костной структуры позвонка. Причинами сдавления дурального мешка являлись костные фрагменты у 28,8% больных, выраженная кифотическая деформация - у 4%, посттравматические грыжи дисков - у 18,4%, эпидуральная гематома - у 2% пострадавших. В отдаленный период травмы наблюдали изменения в виде рубцово-спаечных, фиброзно-кистозных и атрофических процессов в спинном мозге и дуральном мешке.

МРТ является золотым стандартом в диагностике компрессионных переломов, т. к. визуализируется не только состояние замыкательных пластинок и высота тел позвонков, а также состояние костного мозга. Отсюда можно сделать вывод о том, что точность рентгеновского метода в среднем составляет около 58% от точности МРТ.

Наличие вентральной клиновидности не всегда является критерием для постановки диагноза «свежего» компрессионного перелома.

Многие диспластические явления рентгенологически могут быть аналогичны компрессионным переломам, что дает ложно-положительные результаты.

Выводы. По данным наших исследований, рентгенографический метод диагностирует лишь 58% компрессионных повреждений позвоночника у больных по сравнению с МРТ методом. Полученные нами данные подтвердили целесообразность использования дифференцированного подхода при диагностике травматических повреждений позвоночника, а в ряде случаев необходимость применения КТ и МРТ. Такое сочетанное использование лучевых методов диагностики позволяет охарактеризовать весь спектр возможных изменений, затрагивающих как повреждения костных структур, так и различные изменения спинного мозга на разных стадиях травматической болезни.

Список литературы

1. Алгоритм лучевой диагностики остеопороза в системе профилактики компрессионных переломов тел позвонков/ Е.М. Эйдлина. – Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Федеральное государственное учреждение Уральский научно-исследовательский институт имени В.Д. Чаклина. Курган, 2005. – С. 26-32.
2. Современный подход к диагностике компрессионных переломов тел позвонков/ В.Н. Меркулов, В.С. Бычкова, Д.С. Миников. – ФГБУ ЦИТО имени Н.Н. Приорова Минздравсоцразвития России, Москва, 2012. – С. 88-91.
3. Оперативное лечение переломов тел грудных и поясничных позвонков на фоне системного остеопороза. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – ФГБУ ЦИТО имени Н.Н. Приорова Минздравсоцразвития России, Москва, 2011. – С. 33-35.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ТАЗА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Парпиев Ф.М., Халимов М.Х., Назаров Ф.И. Аминов А.Х.

Кафедра травматологии и ортопедии ТГМУ имени Абуали ибни Сино,
Государственное учреждение Национальный медицинский центр Республики Таджикистан
«Шифобахш». Таджикистан

Актуальность. Область таза является сложным анатомо-функциональным образованием, и включает важные отделы опорно-двигательной, мочеполовой и пищеварительной систем. Множественные повреждения структур таза составляют от 62% до 87%. При этом сочетанные повреждения переднего полукольца таза и урогенитального тракта встречаются у 20% пациентов. Нет единого мнения о тактике лечения поврежденных уретры, внебрюшинных и внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря, о необходимости применения эпицистостомы при повреждениях мочевого пузыря. Применение погружных фиксаторов весьма ограничено, особенно при наличии эпицистостомы и иных абдоминальных свищей [1-2].

Цель исследования. Оптимизация лечения больных с травмой таза, сочетающейся повреждениями урогенитального тракта.

Материал и методы исследования. В работе представлен ретроспективный анализ лечения 16 пациентов с сочетанной травмой, в составе которой имелись повреждения костей таза и урогенитального тракта за период 2004-2019 гг. Все пациенты проходили лечение на базе отделения сочетанной травмы и экстренной хирургии ГУ Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш». Мужчин было 11 человек (68.8%), женщин - 5 (31.2%). Повреждения передней стенки мочевого пузыря – у 7 человек (43.8 %), повреждение дна мочевого пузыря - у 4 больных (25%), разрывы шейки – у 3 больных (18.7%) и повреждение задней стенки – у 2 больных (12.5%). Внутрибрюшинные разрывы в результате гидродинамического удара на фоне переполненного мочевого пузыря наблюдали у 10 пострадавших (62.5%). Внебрюшинные повреждения, обусловленные как разрывами тазовой диафрагмы при значительном расхождении половин таза, так и травмированием стенки мочевого пузыря костными фрагментами, наблюдали у 6 пациентов (37.5%). Изолированные разрывы уретры встретились в 5 случаях (31.2%), сочетания повреждений мочевого пузыря встретились у 11 пациентов (68.8%). Среди поврежденных передних отделов тазового кольца наиболее часто встретились билатеральные переломы лонных костей, 7 человек (43.8%), и комбинированное повреждение, объединяющее разрыв лонного сочленения и перелом костей переднего полукольца у 4 пациентов (25%). Среди поврежденных заднего полукольца наиболее часто встретились разрывы крестцово-подвздошного сочленения - 3 человека (18.7%) и трансфораменальные переломы крестца - 2 пациента (12.5%). Диагностику повреждений мочевых органов проводили при помощи ультразвукового исследования, компьютерной томографии (КТ), лапароскопии, ретроградной цистографии, пробы Зилдович.

Результаты исследования и их обсуждение. Оперативное лечение повреждений мочевого пузыря у 14 пациентов было проведено в 1-е сутки, у 2 пациента - на 3 сутки. Стабилизацию тазового кольца выполняли при поступлении по неотложным показаниям: аппаратом внешней фиксации у 5 пациентов (31.2%), пластинами с ушиванием мочевого пузыря из одного операционного доступа – у 4 человек (25%), остеосинтез лонных костей винтами на фоне повреждения мочевого пузыря у 1 пациента (6.3%), последовательное применение АВФ и погружного остеосинтеза у 6 пациентов (37.5%). Для остеосинтеза применяли реконструкционные прямые и предизогнутые пластины и самонарезные кортикальные винты, канюллированные спонгиозные и статические винты. У мужчин, наряду с ушиванием мочевого пузыря, выполняли эпицистостомию в 6 случаях, у 8 пациентов ограничили трансуретральным дренированием мочевого пузыря силиконизированным катетером Фолея. Для эпицистостомии на первых этапах использовали гладкие силиконовые трубки у 2 пациентов, при этом у 1 пациента наблюдали негерметичность эпицистостомы и вторичные мочевые затеки в пространстве малого таза. В последующем с целью улучшения герметичности системы эвакуации мочи использовали катетер Фолея с раздувающейся манжетой.

Хорошие результаты лечения в течение 6 месяцев наблюдали у 11 пациентов (68,8%), удовлетворительные - у 4 (25%), неудовлетворительные - у 1 пациента с летальным исходом по причине перитонита и сепсиса (6,2%). В отдаленном периоде (более 12 месяцев) после проведения дополнительного лечения совместно с урологом хорошие результаты лечения наблюдали у 13 пациентов (81,2 %), удовлетворительные – у 2 (12.5 %), а 1 пациент (6,3%) на повторный осмотр не явился.

Выводы. Травмы таза часто сопровождаются разрывами мочевого пузыря. Ранняя и наиболее точная репозиция структур тазового кольца обеспечивает адекватное восстановление сухожильного центра тазовой диафрагмы и предотвращает развитие таких осложнений как стрессовое недержание мочи у женщин и острая задержка мочеиспускания у мужчин. Взаимопонимание всех служб, преемственность и слаженная работа команды специалистов обеспечивают наибольшее количество хороших результатов лечения в среднесрочном отдаленном периодах лечения (81,2%).

Список литературы

1. Доржиев, Ч.С. Лечение нестабильных повреждений таза и их последствий методом наружной фиксации: дис. ... канд. мед. наук. ФГУ ЦНИИТО имени Н.Н. Приорова. – Москва, 2008. - С. 83-85.
2. Полков, А.А. Диагностика и лечение повреждений мочевого пузыря в условиях муниципальной многопрофильной больницы: дисс... канд. мед. наук / А.А. Полков. - Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Москва, 2015. С. 46-48.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Пирматова Д.А., Додхоева М.Ф.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. Гестационный сахарный диабет (ГСД) представляет собой заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности, но не соответствующей критериям манифестного сахарного диабета (СД) [1]. Распространённость его во всем мире неуклонно растет, что может быть связано с более тщательным обследованием беременных, увеличением распространённости ожирения, возраста, а также урбанизацией, уменьшением площади и доступа к зеленым ландшафтам, снижением физической активности, изменением в образе питания и воздействием неблагоприятных факторов внешней среды. Согласно данным литературы, за последние 20 лет встречаемость ГСД во всех странах увеличилась с 2-4% до 7-22%. Если рассматривать общее число беременных с СД, то 90% приходится именно на ГСД [2].

Любая физиологическая беременность сама по себе является диабетогенным фактором. При ее наступлении существенно изменяются метаболические процессы. При нормально протекающей беременности чувствительность к инсулину уменьшается вдвое. При ГСД происходит стресс в бета-клетках поджелудочной железы, сопровождающийся неспособностью повышения секреции инсулина до достаточного уровня поддержания эугликемии. Следует отметить, что порог, при котором непереносимость глюкозы вредно воздействует на беременность и увеличивает риск будущего диабета у матери и ее ребенка, индивидуален в каждом случае [3]. Течение беременности при ГСД осложняется развитием гестоза в 25-65% случаев, а тяжелые его формы отмечаются в 2,9-3,7% наблюдений [4], а также угрозой прерывания беременности - у 30-50% пациенток и многоводием - в 20-60% наблюдений [5].

На основании выше изложенного явилось актуальным изучение течения беременности у женщин с гестационным сахарным диабетом, проживающих в условиях города Душанбе.

Целью нашего исследования явилось изучение частоты осложнений в течении беременности у пациенток с наличием ГСД.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 72 беременные женщины, ставшие на учет в Репродуктивных центрах здоровья г. Душанбе в 2017-2018 гг. Ведение всех беременных проводилось согласно Национальным стандартам по антенатальному уходу. В сроке 24-28 недель беременности был проведен одношаговый стандартный ПГТТ с использованием 75 г безводной глюкозы. Кровь для определения уровня глюкозы плазмы натощак получали в стандартных условиях из кубитальной вены. По результатам теста были сформированы 2 группы: в основную группу вошли 35 беременных с наличием ГСД, а в контрольную группу - 37 женщин с отсутствием ГСД. Также, всем исследуемым были проведены комплексные клинико-лабораторные обследования, включающие клинические и биохимические анализы крови и общий анализ мочи.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст беременных в группе ГСД составил $25,4 \pm 5,2$ лет, в контрольной - $26,3 \pm 4,3$ лет. Социально-экономическое положение всех беременных было стабильным. Преобладающее большинство женщин, беременность которых осложнилась ГСД, были домохозяйками - 91,4%, против 83,8% - в контрольной группе.

При изучении особенностей течения беременности выявлено, что у беременных с ГСД в первой половине беременности чаще регистрировались рвота беременных - в 71,4% случаях и угроза прерывания беременности - в 34,3% наблюдениях. В группе контроля данные показатели составили 59,5% и 24,3% соответственно. Другим частым осложнением в течении беременности оказалась ОРВИ, частота которой была выше в группе контроля - 16,2%, чем в основной группе - 8,6%.

Среди осложнений во второй половине беременности в группе женщин с наличием ГСД наиболее частыми оказались гипертензивные нарушения - 17,2%, по сравнению с контрольной группой - 10,8%. Отметилась одинаковая частота наблюдений гестационной гипертензии в обеих группах (8,6% и 8,1%). Умеренная преэклампсия чаще отмечена в основной группе (8,6%), чем в группе контроля (2,7%). Тяжелая преэклампсия зарегистрирована в единичном случае в группе беременных с ГСД. Другими осложнениями, наблюдаемые в основной группе, явились обострение хронического пиелонефрита - 11,4%, ОРВИ - 48,6%, ДРПО - 2,9%, внутриутробная задержка плода - 14,3%.

Уровень глюкозы натощак - $5,5 \pm 0,4$ ммоль/л, через 1 час - $6,6 \pm 0,6$ ммоль/л и через 2 часа после глюкозной нагрузки - $6,2 \pm 1,0$ ммоль/л в 1-ой группе достоверно был выше, чем во 2-ой группе - $4,6 \pm 0,4$ ммоль/л, $5,7 \pm 0,6$ ммоль/л и $5,5 \pm 0,7$ ммоль/л ($p < 0,001$). В общем анализе крови определяется достоверно высокая частота палочкоядерных нейтрофилов ($2,9 \pm 1,4\%$) и скорость оседания эритроцитов ($14,4 \pm 3,6$ мм/ч) в группе женщин с наличием ГСД, чем от таковых показателей ($1,3 \pm 0,8\%$ и $12,2 \pm 2,4$ мм/ч) в группе контроля ($p < 0,001$ и $p < 0,05$). При изучении результатов биохимического анализа крови у пациенток с наличием ГСД отмечались несколько низкие средние показатели содержания фибрина ($13,4 \pm 1,7$ м/г), фибриногена ($341,0 \pm 20,7$ мг%), общего билирубина ($16,7 \pm 2,3$ мкмоль/л) и мочевины ($5,5 \pm 0,7$ ммоль/л) по сравнению с группой контроля ($14,1 \pm 2,3$ м/г; $346,7 \pm 29,7$ мг%; $15,9 \pm 4,0$ мкмоль/л и $5,7 \pm 0,7$ ммоль/л). Однако значимых различий в указанных показателях между группами не было выявлено. В 1-ой группе наиболее высокими были показатели АлАТ - $29,0 \pm 6,2$ Ед/л, АсАТ - $28,5 \pm 5,9$ Ед/л и креатинина - $78,1 \pm 4,4$ мкмоль/л. В общем анализе мочи заслуживает внимания высокая частота обнаружения эпителиальных клеток - 40,0%, солей, а именно уратов - 20,0% у женщин с наличием ГСД, по сравнению от таковых (27,0% и 10,8%) в группе беременных с отсутствием ГСД. Показатели удельного веса мочи - $1017,5 \pm 3,5$ г/л и лейкоцитов - $8,7 \pm 4,9$ в п/зр были выше в 1-ой группе, чем во 2-ой группе ($1015,8 \pm 2,6$ г/л и $7,2 \pm 4,2$ в п/зр).

Выводы. Таким образом, течение беременности у пациенток с наличием гестационного сахарного диабета в первой половине беременности осложнилось рвотой беременных, угрозой прерывания беременности и ОРВИ. Во второй половине беременности чаще присоединялись гипертензивные нарушения, среди которых преобладали

гестационная гипертензия и умеренная преэклампсия, а также у этой группы женщин отмечалось обострение хронического пиелонефрита. В результатах ПГТТ у женщин с ГСД выявлены достоверно высокие показатели уровня глюкозы крови, чем в группе контроля. В общем анализе крови отмечены высокая частота палочкоядерных нейтрофилов и скорость оседания эритроцитов, которые свидетельствуют о присутствии воспалительных реакций и окислительного стресса у беременных с наличием ГСД. В биохимии крови высокими оказались показатели АлАТ, АсАТ и креатинина, в общем анализе мочи преобладали удельный вес, лейкоциты, эпителиальные клетки и соли, все вместе свидетельствующие о наиболее тяжелом течении беременности у женщин с гестационным сахарным диабетом, по сравнению с пациентками с отсутствием ГСД.

Список литературы

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И.И. Дедова [и др.] // Сахарный диабет. - 2015. - Т. 18, № 1S. - С.1–112.
2. Surapaneni T. Diagnostic effectiveness of 75 g oral glucose tolerance test for gestational diabetes in India based on the International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups guidelines / T. Surapaneni, I. Nikhat, P.K. Nirmalan // Obstet. Med. - 2013. - Vol. 6, № 3. - P. 125–128.
3. Шапошникова Е.В. Особенности течения беременности, родов и состояния новорожденных у пациенток с гестационным сахарным диабетом / Е.В. Шапошникова, А.А. Ведмедь // Вестник РУДН, серия Медицина. – 2009. - № 7. – С. 348-351.
4. Петрухин В.А. Гестационный сахарный диабет // В.А. Петрухин, Ф.Ф. Бурумкулова // Архив Акушерства и Гинекологии им. В.Ф. Смигирева. – 2014. - №1. – С. 48-51.
5. Бондарь И.А. Осложнения и исходы беременности при гестационном сахарном диабете / И.А. Бондарь, А.С. Малышева // Бюллетень сибирской медицины. – 2014. - № 2 (13). – С. 5-9.

ПРИБАВКА МАССЫ ТЕЛА У ПАЦИЕНТОК С ГЕСТАЦИОННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Пирматова Д.А., Раджабова С.А.

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. Для течения любой физиологической беременности характерно постепенное увеличение массы тела. Фетоплацентарный комплекс, растущая матка и молочные железы, накопление вне- и внутриклеточной жидкости, жировые отложения - все вместе вносят вклад в гестационный прирост веса. Следует отметить, что в период беременности, в фетоплацентарном комплексе депонируется до 30-35% основных компонентов метаболических процессов – воды, белков, жиров и минеральных веществ, а остальное распределяется в молочных железах, кровяном русле, интерстициальном пространстве и жировой ткани [1]. Патологическая прибавка веса во время беременности приводит ко многим краткосрочным и долгосрочным неблагоприятным последствиям как для матери, так и для будущего потомства [2]. К ним относятся гестационный сахарный диабет (ГСД), послеродовое избыточное сохранение массы тела у матери, что 2-3 раза увеличивает риск последующего ожирения, неонатальная гипогликемия, малый вес новорожденного и макросомия [3]. При одноплодной беременности и дефиците массы тела нормой является увеличение массы от 12,5 до 18,0 кг, на 0,5–2 кг в течение I триместра и приблизительно на 0,5 кг в неделю после 20 недель беременности. При нормальной массе тела прибавка составляет от 11,5 до 16,0 кг с нормами увеличения массы, как при дефиците массы тела. При избыточной массе тела допустимо от 7,0 до 11,5 кг, однако во II и III триместрах темпы прибавки не должны превышать 250 г в неделю. В случае развития беременности у пациентки с ожирением суммарное увеличение веса допустимо в пределах от 5 до 9,0 кг, из них в I триместре – 0,5–2 кг, далее – по 250 г в неделю [1]. Вместе с тем как недостаточная, так и чрезмерная прибавка массы тела оказывает неблагоприятное воздействие на течение беременности и состояние будущего ребенка. Прибавка веса во время беременности имеет прямую связь с адекватным потреблением макро- и микроэлементов, т.к. недоедание или избыточное питание повышают риск развития акушерских и перинатальных осложнений [4]. Так, помимо ГСД, другим широко распространенным микронутриентным заболеванием во время беременности является железодефицитная анемия [5]. Наличие анемии у беременной сопровождается осложнениями беременности и родов, и оказывает неблагоприятное воздействие на развитие плода и в дальнейшем на состояние родившегося ребенка, а именно в два раза возрастает риск гипотрофии, внутриутробной гипоксии и асфиксии новорожденного, повышается детская заболеваемость [6].

Высокая распространенность ГСД и анемия среди беременных определяют необходимость контроля гестационной прибавки веса, а также недопущения чрезмерного гестационного набора массы тела, особенно у женщин с избыточной массой тела и ожирением [7].

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей прибавки массы тела у беременных с гестационным сахарным диабетом и анемией.

Материал и методы исследования. Проведено проспективное исследование, включившее 137 женщин с одноплодной беременностью, с различными исходными антропометрическими показателями, стоявшими на учете в Репродуктивном центре здоровья №11 г. Душанбе. Всем женщинам на антенатальном уровне проводили антропометрическое обследование, включающее измерение массы тела в килограммах с использованием напольных медицинских механических весов рычажного механизма РП-150 МГ при всех визитах, с пределом допустимой погрешности $\pm 1,0-2,0$ кг. Рост женщин измерялся при первом визите с использованием настенного ростомера для взрослых. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался отношением веса в килограммах к росту в метрах в квадрате. Всем беременным в сроке 24-28 недель беременности был проведен стандартный пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с 75 г глюкозой, разведенной в 200-250 мл воды и сбор общего анализа крови, по результатам

которых устанавливались диагнозы ГСД и анемии различной степени тяжести. Так, исследуемые были разделены на следующие группы: 38 – с ГСД в сочетании с анемией, 35 – только с ГСД и 27 – только с анемией; контрольную группу составили 37 здоровых беременных.

Результаты исследования и их обсуждение. В среднем, первая явка женщин на момент взятия на учет составила $13,2 \pm 5,9$ недель беременности, средняя масса тела – $59,5 \pm 9,0$ кг, средний рост – $157,7 \pm 4,8$ см.

В среднем ПГТТ был проведен в сроке $26,2 \pm 1,8$ недель гестации. Средний вес на момент проведения ПГТТ в группе ГСД составил $62,9 \pm 9,1$ кг, что было достоверно выше, чем в группе анемии – $57,1 \pm 8,8$ кг ($p < 0,01$). В группе ГСД в сочетании с анемией этот показатель составил $61,3 \pm 10,7$ кг. Наибольшая величина средних показателей веса на момент проведения ПГТТ была отмечена в группе контроля – $64,1 \pm 8,0$ кг, но с наименьшей прибавкой в весе от момента взятия на учет – $2,8 \pm 1,7$ кг по сравнению с другими группами ($p < 0,05$). Гестационная прибавка в весе от момента взятия на учет до проведения ПГТТ в группе ГСД составила $3,9 \pm 2,2$ кг, в группе анемии – $3,0 \pm 2,1$ кг, а в группе ГСД в сочетании с анемией – $2,9 \pm 1,7$ кг.

При изучении веса беременных в момент поступления на роды было отмечено, что наибольший средний вес при поступлении на роды зарегистрирован в группе ГСД в сочетании с анемией – $71,3 \pm 12,9$ кг, а наименьший средний вес обнаружен в группе анемии – $65,3 \pm 10,0$ кг, чем в остальных исследуемых группах ($p < 0,05$). В группе ГСД и в группе контроля этот показатель составили $70,6 \pm 12,1$ и $70,8 \pm 10,4$ кг. При анализе ИМТ, в целом, 54,0% обследованных женщин имели нормальный индекс массы тела. Дефицит массы тела был отмечен в единичном случае в группе ГСД. Удельный вес беременных с нормальной массой тела был меньше в группе ГСД – 48,6%, чем в группе ГСД в сочетании с анемией – 50,0%, в группе анемии – 70,4% и в группе контроля – 51,4%. Наиболее высокая частота женщин с избыточной массой тела и ожирением была зарегистрирована в группе ГСД в сочетании с анемией – 50,0%. В группе ГСД этим страдали 48,5% женщин, в группе анемии – 29,6%, а в группе контроля – 48,6% пациенток. Ожирение I степени чаще отмечено в группе ГСД в сочетании с анемией – 18,4%, чем в группе ГСД – 14,3%, в группе анемии – 7,4% и в группе контроля – 13,5% соответственно. Ожирение II степени в единичных случаях было зарегистрировано в группе ГСД в сочетании с анемией, в группе ГСД и в группе контроля. Ожирение III степени было отмечено у одной пациентки из группы ГСД в сочетании с анемией.

Гестационная прибавка за беременность в группе ГСД в сочетании с анемией составила $13,0 \pm 5,3$ кг, что оказалось достоверно выше, чем в группе сравнения – $10,3 \pm 7,0$ ($p < 0,01$) кг и в группе анемии – $11,5 \pm 5,1$ кг ($p < 0,05$). В группе ГСД этот показатель составил $11,5 \pm 6,5$ кг.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что наименьший средний вес отмечен в группе анемии. Наибольшая гестационная прибавка до момента проведения ПГТТ выявлена в группе ГСД. Наибольший средний вес при поступлении на роды отмечен в группе ГСД в сочетании с анемией, что, возможно, связано с наибольшей частотой в группе женщин с избыточной массой тела и ожирением, сопровождающихся патологической прибавкой массы в течение настоящей беременности. Следовательно, наибольшая прибавка в весе за беременность была зарегистрирована в группе ГСД в сочетании с анемией, чем в остальных группах.

Список литературы

1. Schumann N. A review of national health policies and professional guidelines on maternal obesity and weight gain in pregnancy / N. Schumann, H. Brisden, T. Lobstein // *Clinical Obes.* – 2014. – Vol. 4, № 4. – P. 197-208.
2. Значение ожирения в фетальном программировании хронических заболеваний / С.И. Матаев [и др.] // *Современные проблемы науки и образования.* – 2017. – № 2. С. 73.
3. Gestational weight gain and adverse pregnancy outcomes in a nul-liparous cohort / J.G. Chung [et al.] // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2013. – Vol. 167, № 2. – P. 149-53.
4. Barker D.J. The obstetric origins of health for a lifetime / D.J. Barker, K.L. Thornburg // *Clin. Obstet. Gynecol.* – 2013. – Vol. 56. – P. 511.
5. Anemia in low-income and middle-income countries / Y. Balarajan [et al.] // *Lancet.* – 2011. – Vol. 378, № 9809. – P. 2123-2135.
6. Anemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis / B.A. Haider [et al.] // *BMJ.* – 2013. – P. 346-353.
7. Особенности нутритивного статуса беременных с различными типами распределения жировой ткани / Н.Б. Чабанова [и др.] // *Здоровье и образование в XXI веке.* – 2017. – Т. 19, № 7. – С. 26-28.

ПРОТОКОЛ УСКОРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ (FAST-TRACK) В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Поморцев Б.А.¹, Лядов В.К.^{1,2}, Павленко А.Н.³

¹ ГБУЗ «Городская клиническая онкологическая больница №1» Департамента здравоохранения г. Москвы

² ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

³ Клиника высоких медицинских технологий им Н.И. Пирогова СПбГУ

Актуальность. Хирургическое вмешательство является основным методом лечения у больных ранними формами рака и основным этапом лечения больных местно-распространенными формами рака желудка [1-2], [3]

Применение концепции ERAS (Enhanced Recovery After Surgery, Протокол Ускоренного Выздоровления (ПУВ)) направлено на уменьшение хирургического стресса и улучшение результатов лечения на основании рационального, физиологически обоснованного в клинических исследованиях протокола ведения больных в периоперационном периоде [4]. Клинические рекомендации по периоперационной концепции ПУВ в лечении больных раком желудка были впервые представлены в 2014 году [5].

Целью нашего исследования стала оценка непосредственных результатов внедрения стандартизированного протокола периоперационного ведения пациентов, нуждающихся в хирургическом лечении по поводу верифицированного рака желудка.

Материалы и методы исследования. Мы провели ретроспективный анализ лечения пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу верифицированного рака желудка I-III стадий. Пациенты были оперированы в период с ноября 2017 по июль 2019 года. В исследование включен 61 пациент. Основная характеристика больных представлена в таблице 1.

Таблица 1. - Характеристика больных

Показатель (n – 61)	Значение
Возраст, средний \pm SD	65,2 \pm 3,3
Пол	
Мужчин	36 (59%)
Женщин	25 (41%)
ИМТ, средний \pm SD, кг/м ²	26 \pm 1,2
ASA, средний \pm SD	2,6 \pm 0,2
Объем операции	
Дистальная резекция	31 (50,8%)
Гастрэктомия	30 (49,2%)
Тип вмешательства	
Открытая операция	41 (67,2%)
Лапароскопическая	20 (32,8%)
Стадия	
I	24,6%
II	28,2%
III	45,6%

В периоперационном периоде лечения пациентов использовался ПУВ. На дооперационном этапе с пациентами проводилось детальное обсуждение предстоящего плана лечения и протокола ведения в периоперационном периоде, не проводилась рутинная подготовка кишечника с помощью слабительных препаратов, пациенты могли есть в ночь перед операцией и пить жидкость (раствор глюкозы) в ночь перед операцией и за 2 часа до начала. Интраоперационно: проводилась мультимодальная анельгезия, устанавливался эпидуральный катетер, который также использовался в послеоперационном периоде, проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений и антибактериальная профилактика, интраоперационно осуществлялся контроль Т тела и ее поддержание с помощью специальных пушек. В послеоперационном периоде пациенты рано начинали принимать жидкость (на первый послеоперационный день), принимать «мягкую» пищу на 2й послеоперационный день после дистальной резекции и на 3й день после гастрэктомии, проводилась активизация с 1го послеоперационного дня (не менее 2 часов в день), в течение 3 дней вводились инфузионные растворы с расчетом не более 25 мл/кг/день, мочевого катетер удалялся при переводе, удаление дренажей зависело от суточного дебита и уровня амилазы. По возможности дренажи удалялись в течение первых 2 суток.

Результаты исследования. Основные результаты хирургического лечения представлены в таблице 2. Летальный исход, отмечен у 1 пациента и был обусловлен развитием острого панкреонекроза с последующими инфекционными осложнениями. Осложнения возникли у 24,6% пациентов, из них 6 (9,8%) потребовали проведения инвазивных лечебных вмешательств (Clavien III-IV). У 3 пациентов возникли внутрипросветные кровотечения из зоны скрепочных швов, потребовавшие проведения эндоскопического гемостаза. У 2 пациентов на фоне послеоперационного панкреатита возникли отграниченные жидкостные скопления, которые были успешно дренированы под контролем УЗИ. Отмечена 1 несостоятельность анастомоза на 11 сутки после гастрэктомии с формированием эзофаго-еюноанастомоза, которая потребовала релапаротомии и редренирования брюшной полости.

Дискуссия

ПУВ в настоящее время активно применяется в ведущих центрах мира, специализирующихся на лечении онкологических заболеваний желудка. В исследованиях Kim H.S. и Choi J.W., на опыте более 5200 пациентов было показано, что более 84% больных могут быть успешно пролечены в строгом соответствии с протоколом.

В нашем исследовании показаны непосредственные результаты применения единого протокола периоперационного ведения пациентов в хирургическом лечении больных раком желудка. ПУВ в раннем послеоперационном периоде позволяет уменьшить длительность пребывания пациентов в стационаре, снизить экономические затраты на лечение, раньше активизировать пациентов, уменьшить выраженность болевого синдрома и ускорить восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника.

Наш анализ имеет ограничения, обусловленные ретроспективным набором пациентов, отсутствием группы сравнения. В дальнейшем необходимо проведение крупных ретроспективных исследований по типу «случай-контроль», а в последующем и проспективных рандомизированных исследований.

Таблица 2. Результаты раннего послеоперационного периода

Показатель (n – 61)	Значение
Длительность операции, средний ± SD, мин	257,9±18
Объем кровопотери, средний ± SD, мл	146,4±34
R ₀	98,4%
Количество удаленных лимфатических узлов, средний ± SD	22,5±2,8
Общее количество осложнений (Clavien I-V), n(%)	15 (24,6%)
Число хирургических осложнений (Clavien III-IV), n(%)	6 (9,8%)
Летальность	1 (1,6%)
Общий послеоперационный койко-день, средний ± SD	10,9±2,6
Восстановление перистальтики, средний ± SD	1,5±0,19
Появление стула, средний ± SD	3,0±0,2
Количество случаев повторной госпитализации, %	1 (1,6%)

Заключение. Концепция ПУВ в периоперационном периоде хирургического лечения больных раком желудка направлена на уменьшение стресса и улучшение результатов лечения, уменьшение осложнений, ускорение восстановления пациентов в раннем послеоперационном периоде, сокращение экономических затрат на лечение. Необходимо проведение дальнейших исследований в этом направлении.

Список литературы

- [1] Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries / F. Bray [et al.] // *CA. Cancer J. Clin.* - 2018. - Vol. 68, no. 6. - P. 394–424.
- [2] Japanese Gastric Cancer Association, “Japanese gastric cancer treatment guidelines 2014 (ver. 4) // *Gastric Cancer.* - 2017. - Vol. 20, no. 1. - P. 1–19.
- [3] Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up† / E.C. Smyth [et al.] // *Ann. Oncol.* - 2016. - Vol. 27, no. suppl_5. - P. v38–v49.
- [4] Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 1: pathophysiological considerations / M. J. Scott [et al.] // *Acta Anaesthesiol. Scand.* - 2015. - Vol. 59, no. 10. - P. 1212–1231.
- [5] Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations / K. Mortensen [et al.] // *Br. J. Surg.* - 2014. - Vol. 101, no. 10. - P. 1209–1229.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРА У МНОГОРОЖАВШИХ И МАЛОРОЖАВЩИХ ЖЕНЩИН

Раззоков А.А., Эхсонов А.С.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. Актуальность проблемы течения постменопаузального остеопороза у многорожавших женщин обусловлена демографическими проблемами из-за старения населения, возрастанием его удельного веса в структуре населения, высокой частотой осложнений и летальности в пожилом и старческом возрасте [1-5]. Причиной последних являются патологические низкоэнергетические переломы шейки бедра и их последствия [1-3]. Среди всех форм первичного остеопороза наибольшее значение имеет постменопаузальная форма [4]. Согласно эмпирическим наблюдениям и результатам отечественных авторов, в Таджикистане у подавляющего числа женщин, которые относятся к категории многорожавших, наблюдается более тяжелое течение остеопороза [5]. Отсутствие подкрепленных доказательств работ по сравнению течения постменопаузального остеопороза у многорожавших женщин (ПМПОМЖ) свидетельствует об актуальности настоящего исследования.

Цель исследования – сравнительный анализ течения постменопаузального остеопороза с переломом шейки бедра у многорожавших и малорожавших женщин.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе данных о 167 больных с постменопаузальным остеопорозом, осложненном переломами шейки бедра и их последствиями в возрасте от 51 до 93 лет, в среднем $73,5 \pm 2,8$ лет. Среди них 126 (75,4%) составили многорожавшие (рожавшие более 3 детей), остальные 41 (24,6%) – малорожавшие женщины. Сравнительный анализ течения остеопороза проводили по анализу факторов риска, тяжести состояния больных по шкале Гуманенко, частоте низкоэнергетических переломов общепринятых локализаций, результатам денситометрии, а также с помощью усовершенствованной нами балльной шкалы для диагностики остеопороза [5].

Результаты исследования и их обсуждение. При ПМПМЖ факторы риска развития остеопороза ($n=440$) в различных сочетаниях наблюдались у всех 126 (100,0%) больных. У малорожавших ($n=41$) этот показатель составил 28 (68,3%), $P < 0,05$. По сравнению с малорожавшими и данными литературы, обращает на себя внимание более высокий удельный вес факторов риска: алиментарный - у 101 (80,2%), заболевания ЖКТ – у 74 (58,7%), хронический пиелонефрит – у 71 (56,3%), антропометрические (низкий рост и массы тела) – у 51 (40,8%), йододефицитные заболевания – у 47 (37,3%), гиподинамия – у 39 (31,0%), сахарный диабет – у 36 (28,6%), ревматоидные заболевания – у 17 (13,5%), вредные привычки (злоупотребление приемом кофе) – у 3 (2,4%) и другие (прием глюкокортикоидов) – у 1 (0,8%). В нашем регионе установлены другие, ранее не описанные в литературе факторы риска развития остеопороза. В структуре ПМПМЖ в 90,5% наблюдений встречались больные, родившие от 5 до 9 детей в возрасте от 19 до 40 лет. Среднее число родов в нашем материале составило $6,8 \pm 1,1$. Интервал между родами в среднем составил от года до 1,5 лет, т.е. в 2 раза был меньше по сравнению с рекомендуемыми значениями (3 года). Естественно, за эти сроки в организме женщины полностью не восстановились обменные процессы, поэтому следующая беременность и роды негативно отразились на вероятности развития и течения остеопороза. По этой причине в 31 (24,6%) наблюдении у многорожавших женщин определялась анемия. В литературе некоторые авторы сообщают о позитивном влиянии родов на течение остеопороза, объясняя этот феномен существенными сдвигами в гормональной системе женщины во время и после родов [4]. Согласно результатам настоящего исследования, напротив, когда оптимальный срок деторождения неоднократно нарушается из-за частых родов, организм женщины теряет огромные энергетические ресурсы, в том числе и по содержанию кальция, создаются благоприятные условия для развития остеопороза. Другим негативным фактором является 1,5 кратное увеличение потребности в приеме кальция в период беременности и лактации [3,5]. В сочетании с алиментарной недостаточностью, частые роды с нарушением оптимального срока деторождения играют решающую роль в развитии и более тяжелой течении остеопороза. Основываясь на результатах исследования, многодетность у женщин нами также отнесена к факторам риска развития остеопороза. В 124 (98,4%) наблюдениях отмечено сочетание двух и более факторов риска, которые являются причиной потери минеральной плотности костной ткани более 5% в год. У малорожавших ($n=41$) этот показатель составил 17 (41,5%), $P < 0,05$.

В структуре соматических заболеваний при ПМПМЖ наиболее часто встречались артрозы крупных суставов (100,0%), болезни сердечно-сосудистой системы (96,0%), остеохондроз и спондилоартроз (77,0%), болезни мочеполовой системы (61,9%) и заболевания желудочно-кишечного тракта (58,7%), патология эндокринной системы (40,5%), болезни органов дыхания (35,7%), варикозная болезнь вен нижних конечностей (34,1%), анемия (24,6%), ревматизм и ревматоидные заболевания (13,5%) и другие патологии. Вышеуказанные соматические заболевания ($n=694$) в различных сочетаниях наблюдались у 126 (100,0%) больных. У малорожавших ($n=41$) этот показатель составил 32 (78,0%), $P < 0,05$. В среднем на одного больного при ПМПМЖ приходится до 5,5 соматических заболеваний, у малорожавших – 3,2 заболевания. При ПМПМЖ с состоянием средней тяжести по шкале Гуманенко поступили 28 (22,2%) пациентов, в тяжелом состоянии – 96 (76,2%) и крайне тяжелом состоянии – 2 (1,6%) больных. У малорожавших в состоянии средней тяжести по шкале Гуманенко поступил 21 (51,2%) пациент, в тяжелом состоянии – 20 (48,8%). В среднем тяжесть состояния больных при ПМПМЖ статистически достоверно была выше по сравнению с малорожавшими (соответственно $26,8 \pm 3,2$ и 21,4 баллов, $p < 0,05$).

Кроме перелома шейки бедра, при ПМПМЖ наблюдались переломы тел позвонков (34,1%), множественные переломы общепринятых (шейки бедра, дистальный метаэпифиз лучевой кости, позвоночник, лодыжки, хирургическая шейка плечевой кости) локализаций (66,7%). Эти показатели у малорожавших соответственно составили 22,0% и 43,9% ($P < 0,05$).

При ПМПМЖ диагностика остеопороза с помощью денситометрии проведена у 68 (54,0%) больных. Среди них тяжелые формы остеопороза (Т менее -2,5 с низкоэнергетическими переломами) выявлены у 63 (92,4%) больных, у остальных 5 (7,4%) – остеопения (Т - от -1 до -2,5). У малорожавших с переломами шейки бедра денситометрия выполнена 24 (58,5%) больными. У малорожавших остеопороз выявлен у 16 (66,7%) больных, остеопения – у 5 (20,8%) и возрастная норма минеральной плотности костной ткани – у 3 (12,5%) пациентов.

Кроме вышеназванных интегральных количественных параметров, сравнительный анализ течения постменопаузального остеопороза в анализируемых группах проведен с применением усовершенствованной нами балльной шкалы для диагностики остеопороза. При ПМПМЖ ($n=126$) среднее количество баллов составило $45,4 \pm 2,1$ баллов, величина баллов колебалась от 21 до 73 баллов. В последней выборке среднее количество баллов составило $37,6 \pm 3,6$ баллов, величина баллов колебалась от 14 до 64. Другими словами при сравнительном анализе течения остеопороза с ПШБ и их последствиями наблюдается более тяжелое течение остеопороза у многорожавших по сравнению с малорожавшими женщинами (соответственно $45,4 \pm 2,1$ и $37,6 \pm 3,6$ баллов, $P < 0,05$).

Заключение. Проведенный сравнительный анализ течения постменопаузального остеопороза с переломами шейки бедра с помощью объективизированных методов показал более тяжелое течение остеопороза у многорожавших по сравнению с малорожавшими женщинами, что должно учитываться при планировании и проведении консервативных и оперативных мероприятий у указанного контингента больных. В многодетных семьях в период детского и подросткового периода имело место недостаточное накопление костной массы из-за алиментарной не-

достаточности, которое в сочетании с другими региональными патологиями приводило к развитию тяжелых форм остеопороза с низкоэнергетическими переломами в анализируемые сроки. Результаты нашей работы отвергают имеющуюся в литературе гипотезу [4] о благоприятном течении родов на течение остеопороза из-за гормональных сдвигов в организме. Эти теории основывались на анализе течения остеопороза в экономически развитых странах у малорожавших женщин.

Список литературы

1. Гладкова Е.Н. Эпидемиологическое исследование остеопоротических переломов у жителей Среднего Урала старших возрастных групп / Е.Н. Гладкова, В.Н. Ходырев, О.М. Лесняк // Научно-практическая ревматология. -2014. -№ 6. -С. 643–649.
2. Ершова О. Б. Эпидемиология переломов проксимального отдела бедренной кости у городского населения Российской Федерации: результаты многоцентрового исследования / О.Б. Ершова [и др.] // Боль. Суставы. Позвоночник. -2012. -№ 3. -С. 88–90.
3. Закроева А.Г. Остеопороз, депрессия и переломы. Современные аспекты проблемы / А.Г. Закроева, Е.В. Кожемякина, О.М. Лесняк // Остеопороз и остеопатии. -2012. -№ 3. -С. 25–31.
4. Клинические рекомендации. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение / Под ред. О.М. Лесняк, Л.И. Беневоленской. -М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. -272 с.
5. Раззоков А.А., Назаров И.Р. Организация оказания медицинской помощи, особенности течения, диагностики и комплексного лечения системного остеопороза. Душанбе. Здравсохранение Таджикистана. -2009. -№1. -С. 24-30.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРА И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯМИ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Раззоков А.А., Эхсонов А.С.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. Постменопаузальная форма остеопороза относится к первичному остеопорозу, поэтому тяжесть ее проявления тесным образом связана с образом жизни, материально-бытовыми условиями больных в различные периоды жизни [1-5]. Главным звеном в этой цепи является динамика нарастания минеральной плотности костной ткани (МПКТ) до подросткового периода и последующего ее снижения из-за усиленной резорбции костной ткани в менопаузальном периоде [1, 2, 5, 6]. Основной причиной этого феномена являются факторы риска, которые негативно влияют как на динамику нарастания МПКТ, так и темпы резорбции [1, 5]. Эти общепринятые аксиомы в литературе достаточно освещены в отношении малорожавших женщин и в экономически развитых регионах мира. В литературе комплексный анализ факторов риска развития остеопороза в регионе с относительно слабым экономическим развитием и высокой рождаемостью отсутствует, что свидетельствует об актуальности настоящей работы.

Цель исследования – комплексный анализ факторов риска развития постменопаузального остеопороза у многоорожавших женщин (ПМПОМЖ) с переломом шейки бедра (ПШБ) и их последствиями.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе данных о 167 больных с ПМПОМЖ с переломом шейки бедра (ПШБ) и их последствиями в возрасте от 51 до 93 лет. Анализ факторов риска развития остеопороза проводили по анамнестическим сведениям и результатам обследования больных.

Результаты исследования и их обсуждение. Факторы риска влияют на течение остеопороза не только в период манифестации заболевания, но и в течение всей жизни больного, с первых лет его жизни. Для понимания глубины процессов, лежащих в основе остеопороза у многоорожавших женщин, необходимо остановиться на особенностях питания, частоте родов и соматических заболеваниях, которые являются факторами риска развития остеопороза в нашем регионе.

Основная часть наших больных родилась в многодетных семьях и сами они тоже относятся к категории многоорожавших. В многодетных семьях по экономическим причинам дети, как правило, в достаточной степени не получают необходимого количества кальция, крайне важного для поддержания и роста МПКТ. Установлена следующая структура факторов риска: алиментарный - 80,2%, заболевания ЖКТ – у 58,7%, хронический пиелонефрит – 56,3%, низкий рост и масса тела – у 40,8%, йододефицитные заболевания – 37,3%, гиподинамия – 31,0%, сахарный диабет – 28,6%, ревматоидные заболевания – 13,5%, вредные привычки – 2,4% и прием глюкокортикоидов) – 0,8%. Вышеуказанные 440 факторов риска в различных сочетаниях наблюдались у 126 (100,0%) больных. Другими словами, алиментарный фактор и другие соматические заболевания являются доминирующим фактором риска развития остеопороза с ранних лет жизни больного. Основными причинами алиментарного фактора являлись многодетность и связанное с ней употребление однообразной и малокалорийной пищи с недостаточным содержанием кальция. Причем этот фактор имел место на всем протяжении жизни больного, начиная с детства до постменопаузального периода.

Заболевания ЖКТ в структуре факторов риска развития остеопороза занимали второе место (58,7%). Они отнесены к числу одной из региональных патологий в Таджикистане. Среди них наиболее распространенным являются неспецифические колиты, при которых нарушаются процессы всасывания кальция в кишечнике.

Хронический пиелонефрит встречался в 74 (56,3%) наблюдениях. Данная патология также некоторыми исследователями рассматривается как характерная и часто встречающаяся региональная патология. Данное заболевание в наших наблюдениях заслуживало внимания не только как фактор риска развития остеопороза, но и как наиболее подверженное к обострению заболевание в период постельного режима.

В 51 (40,8%) наблюдении больные имели низкий рост и/или низкую массу тела, что в литературе рассматривается как антропометрические факторы риска развития остеопороза [83]. Результаты нашего исследования диаметрально противоположны данным эпидемиологических исследований из экономически развитых странах мира, в которых сообщается о преобладании ожирения среди населения. Это косвенно подтверждает ведущую роль алиментарного фактора среди факторов развития остеопороза в нашем регионе.

Йододефицитные заболевания в нашем материале наблюдались в 47 (37,3%) наблюдениях. Данные заболевания также относятся к категории распространенной патологии в Таджикистане из-за проблем с йодированием поваренной соли.

Гиподинамия (31,0%) в основном наблюдалась у жительниц городов, преимущественно живущих в многоэтажных домах.

Сахарный диабет (28,6%) в наших наблюдениях, в связи с целенаправленным отбором больных к операции, в основном носил компенсированный или субкомпенсированный характер.

Ревматизм и ревматоидные заболевания встречались у 17 (13,5%) больных. Эта группа заболеваний также представляла интерес, как минимум, по следующим причинам:

- многие из них до операции применяли гормональную терапию, что необходимо учитывать при планировании оперативных вмешательств;
- выполнение плановой операции на высоте обострения процесса приводит к осложнениям и усилению болевого синдрома в послеоперационном периоде;
- некоторые медикаменты, применяемые при лечении ревматоидных заболеваний, в частности гормоны, сами способствуют развитию остеопороза.

Вредные привычки (курение, употребление алкоголя) не являются характерными по менталитету для женщин нашего региона, поэтому они в структуре факторов риска развития остеопороза не встречались. Только в 3 (2,4%) случаях в качестве вредных привычек среди жителей городов наблюдали чрезмерное употребление кофе. В одном (0,8%) в качестве фактора риска установлен приём медикамента, отнесенного к факторам риска развития остеопороза.

В целом, вышеуказанные факторы риска развития остеопороза (n=440) в нашем материале в различных комбинациях встречались у всех 126 больных. По данным литературы, при сочетании двух и более факторов риска темпы ежегодного снижения МПТК составляют не 1%, а в пять раз выше – 5% [1]. У 2 (1,6%) больных установлены два фактора риска, у 60 (47,6%) – три и у 64 (50,8%) – три фактора риска развития остеопороза. Удельный вес больных с высоким ежегодным снижением МПТК более 5% (имеющих более одного фактора риска) в нашем материале составил 100,0%, что также является одной из причин тяжелого течения ПМОПМЖ в нашем регионе.

Заключение. Анализ факторов риска выявил высокую частоту этого показателя при ПМОПМЖ в наших наблюдениях по сравнению с литературными данными. В 124 (98,4%) наблюдениях отмечено сочетание двух и более факторов риска, что является причиной потери минеральной плотности костной ткани более 5% в год. Второй отличительной особенностью факторов риска в нашем регионе явились высокий удельный вес, многодетность, которые, в свою очередь, явились причиной алиментарной недостаточности, нарушения метаболических процессов в организме женщины из-за частых родов без соблюдения оптимального срока деторождения и другие, обусловленные многодетностью, проблемы. Эти проблемы послужили фактором риска развития остеопороза вплоть до пожилого и старческого возраста. В результате в период детского и подросткового периода имело место недостаточное накопление костной массы из-за алиментарной недостаточности, которое в сочетании с многодетностью и другими региональными патологиями приводило к развитию тяжелых форм остеопороза с низкоэнергетическими переломами в анализируемые сроки. Как видно из представленного выше анализа факторов риска развития остеопороза при ПМОПМЖ с ПШБ и их последствиями из-за ведущей роли алиментарной недостаточности в многодетных семьях, частых родов с недостаточным сроком деторождения, многодетность, наоборот, сама является фактором риска развития остеопороза.

Список литературы

1. Добровольская О.В. Осложненный остеопороз: минеральная плотность костной ткани различных отделов скелета, качество жизни, приверженность терапии и затраты на лечение. Дис. ... канд. мед. наук. –Москва. -2016. - 125 с.
2. Клинические рекомендации. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение / Под ред. О.М. Лесняк, Л.И. Беневоленской. -М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. -272 с.
3. Михайлов Е.Е. Эпидемиологическая характеристика остеопороза в популяционной выборке городского населения: автореф. дис. д-ра мед. наук / Е.Е. Михайлов. - 2002. - 38с.
4. Раззоков А.А. История развития, современное состояние и перспективы травматолого-ортопедической службы в Таджикистане. Душанбе. Здравоохранение Таджикистана. -2009. -№1. -С. 3-11.
5. Руденко Э.В. Остеопороз: диагностика, лечение и профилактика. – Минск : Бел. Наука, 2001. – 153 с.
6. Kanis J.A. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women / J.A. Kanis [et al.] // Osteoporosis international. -2013. -Vol. 24. -№ 1. -P. 23-57.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОЧЕТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПАРАПРОКТИТАХ

Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М., Рустам уулу И., Камчиев К.Н., Ырысматова З.А.

Кафедра «Хирургических дисциплин» ЮФКГМИПиПК им. С.Б.Даниярова,

Хирургическое отделение №2 ГКБ г.Ош. Кыргызстан

Актуальность. По данным ряда авторов, сочетание геморроя с параректальным свищом составляет 9,5% случаев, с анальной трещиной - 60,7%, анальным полипом 17,7%, ректоцеле 2,0%, ворсинчатая опухоль нижнеампулярного отдела прямой кишки 1,1% [1-3]. По данным ТГБ г.Ош сочетание геморроя с параректальным свищом и острым парапроктитом 33,3% случаях.

Некоторые исследователи полагают, что расширение геморроидальных вен, истончение и легкая ранимость слизистой оболочки над воспаленными геморроидальными узлами, повторные кровотечения, характеризующие нарушение целостности эпителиального покрова анального канала и стенки сосудов, трещины и язвы – нередкие спутники геморроя. Последние создают благоприятные условия для проникновения инфекции из просвета прямой кишки через ее стенку в окружающую клетчатку, естественно и на протоки анальных желез. Тромбированные вены воспаленных геморроидальных узлов могут дать особенно благоприятную почву для развития инфекции [4, 5].

А причиной образования параректальных свищей является острый парапроктит. Простое вскрытие и дренирование острого парапроктита только в 30-35% случаях приводит к стойкому выздоровлению, а в 50-70% случаях парапроктит переходит в хроническую форму [3,4,5]. Это связано с тем, что при обычном вскрытии острого парапроктита внутреннее отверстие гнойного хода остается несанированным

При симультанных операциях у больного сокращается время, проведенное под наркозом. Любой вид наркоза для организма, особенно для сосудов головного мозга, не проходит бесследно. Самым стрессовым моментом хирургического лечения является именно наркоз. Симультанные операции за счет уменьшения количества наркоза и назначения послеоперационных дублирующих медикаментов, антибиотиков имеет свою финансовую выгоду. Симультанные операции для больного воспринимаются как одно хирургическое вмешательство, что значительно снижает уровень тревоги и стресса до и после операции.

Цель исследования - изучение взаимосвязи геморроя с парапроктитом и изучение эффективности симультанных операций при сочетанных заболеваниях аноректальной области.

Материалы и методы исследования. На базе хирургического отделения №2 Ошской городской больницы с 2016 года по 2018 год по поводу острого парапроктита находилось на стационарном лечении 189 больных. Из них 63(33,3%) больным произведены одновременно две операции - радикальное вскрытие острого парапроктита с ликвидацией внутреннего отверстия гнойного хода и дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных узлов (Кыргызпатент №2049 от 28-апреля 2018г.). Из них мужчин было 45 (71,4%), женщин 18 (28,6%). Среди этих больных у 18(28,6%) гнойный ход был экстрасфинктерным, у 41(65,1%) больных гнойный ход был трансфинктерным, 4(6,3%) больных гнойный ход был интрасфинктерным. Исследование показали, что сравнительно чаще возбудителем острого парапроктита являются стафилакокки, которые в 57% наблюдений обнаружены в монокультуре и в 21% в ассоциациях с другими кокками, кроме того в отдельных случаях обнаружены стрептококки и синегнойные палочки и др. Выделенная микрофлора проявляла сравнительно высокую чувствительность к ципрофлоксацину, цефозолину, сохраняя высокую резистентность к эритромицину, гентамицину, амоксицилину, пенициллину.

Больные после сочетанной операции на стационарном лечении находились в среднем по 9,6 койко-дней и они наблюдались от 6 месяцев до 2 лет, рецидивы и образования параректальных свищей не наблюдались. Остальные больные (n=126, 67%) с острым парапроктитом оперированы традиционным т.е. операция закончилась обычным вскрытием и дренированием гнойника. Из-них у 43 (34,1%) больных образовался параректальный свищ, у 6 (4,7%) больных развился рецидив болезни.

По поводу хронического параректального свища за аналогичный период оперированы 47 больных, из них 38 (80,9%) больным произведены одновременно две операции: Рассечение параректального свища с ушиванием дна раны и дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных узлов. Из них мужчин 32(84,2%), женщин 6(15,8%), возраст больных до 80% были до 40 лет. Параректальные свищи были экстрасфинктерным ходом у 14(36,9%), трансфинктерным ходом у 20(52,6%) больных, у 4 (10,5%) больных внутренние отверстия свищевого хода не найдены. Эти больные после операции в стационаре находились в среднем 9,5 койко-дней. У этих больных в ходе наблюдения от 6 месяцев до 2 лет рецидивов болезни и слабости анального жома не наблюдались.

После изолированной операции дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных узлов больные в стационаре находились в среднем 7,4 койко – дней, а после традиционного вскрытия ОПП после операции в стационаре находились 6,5 койко – дней, после рассечения параректальных свищей 7,8 койко-дней.

Операцию проводили под перидуральной или сакральной анестезией. Необходимо отметить того, что внутренние гипертрофированные геморроидальные узлы становятся отчетливо видимым только при выше указанных видах анестезии. А при калипсоловом наркозе из-за спазма мышц анального жома геморроидальные узлы не прослеживаются. По нашему мнению вероятно по этой причине при вскрытии острого парапроктита и иссечении параректального свища геморрой не диагностируется и указывается низкий процент взаимосвязи геморроя с парапроктитами

Выводы. Сочетанные операции при парапроктитах имеют ряд своих положительных сторон:

1. Больной одновременно избавляется от двух в этиопатогенетическом плане взаимосвязанных заболеваний, самое главное от источника различных воспалительных заболеваний аноректальной области - геморроя.

2. Отмечается значительная экономическая эффективность симультанных операций для больниц и больного за счет сокращения материальных затрат.

Список литературы

1. Канделис Б.Л. Неотложная проктология (руководство для врачей) / Б.Л. Канделис. - Л.: Медицина, 1980. - 271 с.
2. Тактика и методы радикального хирургического лечения острого рецидивирующего парапроктита / А.М. Колпатадзе [и др.] // Мат. Труд. Всеросс. Науч. Конф. Колопроктологов. – Волгоград, 1997. – С.67.
3. Диагностика и лечение острого и хронического парапроктита / П.М. Лаврешин [и др.] // Сб. науч. тр. – Ставрополь, 1998. – С.330-332.
4. Капуллер, Л.Л. Геморрой: патогенез, клиника, лечение / Л.Л. Капуллер, В.Л. Ривкин. – М.: Медицина, 1976. – 276 с.
5. Тянь, Л.В. Лечение хронического парапроктита в сочетании с хроническим геморроем при помощи ультразвукового скальпеля / Л.В. Тянь, Т.К. Туребаев, Д.П. Осипов // Колопроктология. Материалы III Всероссийского съезда колопроктологов 12-14 октября 2011г. г. Белгород. – 2011. - №3 (37) приложение. – С.53.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОРОЕМ 3-4 СТЕПЕНИ

Райымбеков О.Р., Камчиев К.Н., Жолболдуев Ж.М., Рустам уулу И., Ырысматова З.А.

Кафедра «Хирургических дисциплин» ЮФКГМИПнПК им. С.Б.Даниярова,
Хирургическое отделение №2 ГКБ г.Ош. Кыргызстан

Актуальность. До сих пор при острых формах парапроктита в хирургических отделениях больниц чаще всего производят нерадикальные операции – разрезы с целью опорожнения гнойника, без устранения источника его возникновения. Такая тактика в большинстве случаев приводит к рецидивам острого парапроктита или образованию параректальных свищей. Простое вскрытие и дренирование острого парапроктита только в 30-35% случаях приводит к стойкому выздоровлению, а в 50-70% случаях парапроктит переходит в хроническую форму [3,4,5]. Это связано с тем, что при обычном вскрытии острого парапроктита внутреннее отверстие гнойного хода остается несанированным. А.М. Аминев (1973), суммировав данные 15 авторов о 4278 больных парапроктитом, установил, что геморрой предшествовал образованию парапроктита у 1255 (29,3%) [1]. По данным ряда авторов, сочетание геморроя с параректальным свищом составляет 9,5% случаев [2-4]. По данным ТГБ г.Ош сочетание геморроя с параректальным свищом и острым парапроктитом 33,3% случаев.

А.М. Аминев (1969) считает, что расширение геморроидальных вен, истончение и легкая ранимость слизистой оболочки над воспаленными геморроидальными узлами, повторные кровотечения, характеризующие нарушение целостности эпителиального покрова анального канала и стенки сосудов, трещины и язвы – нередкие спутники геморроя [1]. Последние создают благоприятные условия для проникновения инфекции из просвета прямой кишки через ее стенку в окружающую клетчатку, естественно и на протоки анальных желез. Тромбированные вены воспаленных геморроидальных узлов могут дать особенно благоприятную почву для развития инфекции [2,5].

При симультанных операциях у больного сокращается время, проведенное под наркозом. Любой вид наркоза для организма, особенно для сосудов головного мозга, не проходит бесследно. Самым стрессовым моментом хирургического лечения является именно наркоз. Симультанные операции за счет уменьшения количества наркоза и назначения послеоперационных дублирующих медикаментов, антибиотиков имеет свою финансовую выгоду. Симультанные операции для больного воспринимаются как одно хирургическое вмешательство, что значительно снижает уровень тревоги и стресса до и после операции.

Цель исследования - изучение взаимосвязи геморроя с парапроктитом и изучение эффективности симультанных операций при парапроктитах.

Материал и методы исследования. На базе хирургического отделения №2 Ошской городской больницы с 2016 года по 2018 год по поводу острого парапроктита находились на стационарном лечении 189 больных. Из них 63(33,3%) больным произведены одновременно две операции под сакральной анестезией, это радикальное вскрытие острого парапроктита с ликвидацией внутреннего отверстия гнойного хода и дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных узлов (Кыргызпатент №2049 от 28-апреля 2018г.). Из них мужчины 45 (71,4%), женщины 18(28,6%). Среди этих больных у 18(28,6%) гнойный ход был экстрасфинктерным, у 41(65,1%) больных гнойный ход был транссфинктерным, 4(6,3%) больных гнойный ход был интрасфинктерным. Исследование показали, что сравнительно чаще возбудителем острого парапроктита являются стафилакокки, которые в 57% наблюдений обнаружены в монокультуре и в 21% в ассоциациях с другими кокками, кроме того в отдельных случаях обнаружены кишечные палочки, синегнойные палочки и др. Выделенная микрофлора проявляла сравнительно высокую чувствительность к ципрофлоксацину, цефозолину, сохраняя высокую резистентность к эритромицину, пенициллину.

Больные после сочетанной операции на стационарном лечении находились в среднем по 9,6 койко-дней и они наблюдались от 6 месяцев до 2 лет, рецидивы и образования параректальных свищей не наблюдались. Остальные больные (n=126, 67%) с острым парапроктитом оперированы традиционным т.е. операция закончилась обычным вскрытием и дренированием гнойника. Из них у 43 (34,1%) больных образовался параректальный свищ, у 6 (4,7%) больных развился рецидив болезни.

После изолированной операции дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных узлов больные в стационаре находились в среднем 7,4 койко – дней, а после традиционного вскрытия ОПП после операции в стационаре находились 6,5 койко – дней.

Операцию проводили под перидуральной или сакральной анестезией. Необходимо отметить того, что внутренние гипертрофированные геморроидальные узлы становятся отчетливо видимым только при выше указанных видах анестезии. А при калипсоловом наркозе из-за спазма мышц анального жома геморроидальные узлы не прослеживаются. По нашему мнению вероятно по этой причине при вскрытии острого парапроктита и иссечении параректального свища геморрой не диагностируется и указывается низкий процент взаимосвязи геморроя с парапроктитами.

Выводы. Произведенные симультанные операции при сочетанных заболеваниях аноректальной области имеет ряд своих положительных сторон:

1. Больной одновременно избавляется от двух взаимосвязанных заболеваний, самое главное от источника различных воспалительных заболеваний аноректальной области - геморроя.
2. Радикальное вскрытие ОПП значительно снижает рецидив и образование параректальных свищей.
3. Финансовая экономия и медико-социальная эффективность симультанных операций для больниц и больного за счет экономии материальных затрат.

Список литературы

1. Аминев А.М. Лекции по проктологии / А.М. Аминев. - М.: Медицина, 1969. – 364 с.
2. Канделис Б.Л. Неотложная проктология (руководство для врачей) / Б.Л. Канделис. — Л.: Медицина, 1980. — 271 с.
3. Тактика и методы радикального хирургического лечения острого рецидивирующего парапроктита / А.М. Коппагадзе [и др.] // Мат. Труд. Всеросс. Науч. Конф. Колопроктологов. – Волгоград, 1997. – С.67.
4. Диагностика и лечение острого и хронического парапроктита / П.М. Лаврешин [и др.] // Сб. науч. тр. – Ставрополь, 1998. – С.330-332.
5. Капуллер, Л.Л. Геморрой: патогенез, клиника, лечение / Л.Л. Капуллер, В.Л. Ривкин. – М.: Медицина, 1976. – 276 с.
6. Тян, Л.В. Лечение хронического парапроктита в сочетании с хроническим геморроем при помощи ультразвукового скальпеля / Л.В. Тян, Т.К. Туребаев, Д.П. Осипов // Колопроктология. Материалы III Всероссийского съезда колопроктологов 12-14 октября 2011г. г. Белгород. – 2011. - №3 (37) приложение. – С.53.

БЕЗАППАРАТНАЯ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С ОДНОВРЕМЕННЫМ УДАЛЕНИЕМ НАРУЖНЫХ УЗЛОВ

Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М., Камчиев К.Н., Рустам уулу И., Ырысматова З.А.

Кафедра «Хирургических дисциплин» ЮФКГМИПиПК им. С.Б.Даниярова,

Хирургическое отделение №2 ГКБ г.Ош. Кыргызстан

Актуальность. Геморрой - одно из самых распространенных заболеваний дистального отдела прямой кишки. По данным различных авторов, его распространенность достаточно высока и составляет от 118 до 120 на 1000 населения, занимая лидирующие позиции в проктологии (34-80%) , из них от 10 до 50% - нуждаются в лечении, причем 75% в хирургическом [4, 6].

По мнению ряда авторов [1] консервативное лечение, несмотря на применение современных эффективных препаратов дает только кратковременный положительный эффект. Погрешности в диете и при интенсивной физической нагрузке, как правило, приводят к очередному обострению заболевания и назначению повторного курса консервативной терапии [2, 3].

Недостатками хирургического лечения рассматриваемого заболевания является выраженный послеоперационный болевой синдром, риск возникновения кровотечения, возможность развития парапроктита, стриктур анального канала, необходимость выполнения болезненных перевязок, длительный период нетрудоспособности. Кроме того, после операции в отдаленные сроки остается опасность развития таких осложнений, как недостаточность анального жома и рецидив заболевания, их число до настоящего времени остается стабильным и составляет 2-4% [4,1].

Таким образом, обзор литературы показывает, что до настоящего времени нет единого взгляда на применение различных методов хирургических операций и малоинвазивных способов лечения хронического геморроя. Нет четко сформулированных показаний к их применению, хотя, несомненно, все они обладают определенными достоинствами. Поэтому поиск усовершенствования способов лечения хронического геморроя, поиск оптимальных методов лечения при различных стадиях заболевания является актуальным [5].

Среди малоинвазивных методов, воздействующих на геморроидальные узлы, дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии отличается своей оригинальностью. Дезартеризация геморроидальных узлов, т.е. перевязка терминальных ветвей геморроидальных артерий в подслизистом слое анального канала, под контролем ультразвуковой доплерометрии, предотвращает доступ артериальной крови к геморроидальным узлам. Кроме того, одновременно с перевязкой сосудов внутренние узлы надежно фиксируются в прямой кишке. Суть малоинвазивного метода заключается в топической диагностике дистальных ветвей верхней геморроидальной артерии ультразвуковым доплером с последующим прошиванием каждой артерии викриловыми швами.

Операцию дезартеризацию внутренних геморроидальных узлов делают под внутривенной анестезией в сочетании с периаанальной анестезией 0,5% раствором бупикаина. Для операции применяют аппарат компании А.М.И.(«Feldkirch», Австрия) и специальной насадки RAR– 2013 для выполнения мукопексии и лифтинга слизистой оболочки анального канала, а также модифицированного аноскопа Moricorn – RAR-2011. Шовный материал Dexon

– П 2/0с иглой 5/8 круга, с длиной 27мм. После обработки перианальной кожи и анального канала анестезирующей мазью Emla (AstraZeneca) вводят проктоскоп Moricomp – RAR-2011с насадкой RAR– 2013, для проведения диагностическую доплерометрию.

Но подобные дорогостоящие аппаратуры для больниц Кыргызстана на сегодня трудно доступные по разным причинам. Поэтому мы начали операцию безаппаратную дезартеризацию внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных геморроидальных узлов.

Материалы и методы исследования. Операцию начинают с осторожной, но тщательной дивульсией мышц анального сфинктера с помощью бранш ректального зеркала, постепенно по обеим косым линиям в горизонтальном направлении под сакральной анестезией. Задний проход в четырех симметричных точках (12,3,6,9 часах) растягивают кольцом расширителем при помощи шелковых нитей. На внутренний геморроидальный узел, расположенный на 11 часах, накладывают зажим Люэра и слегка подтягивают его кнаружи, по направлению к противоположной стенке так, чтобы обозначить сосудистую ножку геморроидального узла, располагающуюся несколько выше зубчатой линии. Основания сосудистой ножки внутреннего геморроидального узла ушиваются восьмиобразным викриловым швом №2/0. После этого отпускается зажим Люэра. Мукопексию увеличенного внутреннего геморроидального узла проводят «X» образными швами нитями викрила №2/0. В данном случае мукопексия гипертрофированного внутреннего геморроидального узла проводится под визуальным контролем. Аналогичным путем проводят дезартеризацию и мукопексию внутренних геморроидальных узлов на 7 и 3 часах, иногда на 1и 5 часах. (Кыргызпатент №2038 от 30-марта 2018г.)

После этого снимают кольцо расширитель, удаляют соответствующие наружные геморроидальные узлы, обычно как продолжение внутренних узлов. После обработки ушитых ран в анальный канал вводят тонкую турунду, пропитанную мазью левомеколя.

Техника наложения «X» образного шва: вкол иглой производится на стороне отходя от края раны на 0,5 см, при этом игла направляется на противоположную сторону косо под углом 45*. Выкол с противоположной стороны отходя на 0,5 см. от края раны. Симметрично к выколу с противоположной стороны делается вкол и игла направляется в противоположную сторону опять же косо под углом 45* и производится выкол отходя от края раны на 0,5 см. При этом на глубине раны нити перекрещиваются повторяя букву «X». Узел завязывается и таким образом одномоментно образуется два стежка.

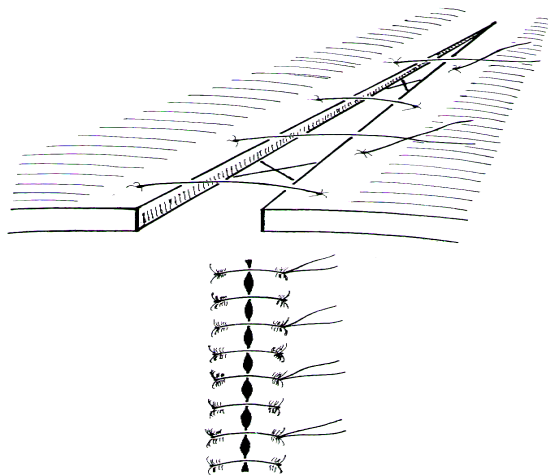


Рисунок 1. - «X» образный шов. (уд. рац. предл. № 685 от 09. 12.96.КГМА)

На базе хирургического отделения Ошской городской клинической больницы с 2016 по 2018 годы находились 393 больных с диагнозом хронический геморрой, при этом у 16 (4%) больных диагностирован хронический геморрой и постгеморрагическая анемия, у 216 (55%) больных диагностирован геморрой 3 степени с кровотечением, у 77 (19,5%) диагностирован хронический геморрой 3-4 степени. Из них мужчин было 267 (68%), женщин 126 (32%), в возрастном аспекте до 30 лет были 86 (22%), до 40 лет 106 (27%), до 50 лет 94 (24%), до 60 лет 62 (16%) больных. У 220 (56%) больных одновременно выпадали все внутренние узлы, а у 35 (9%) больных выпадали внутренние узлы только на 11 и 7 часах. Закрытая геморроидэктомия произведена 276 (70,2%) больным, 117 (29,8%) больным произведена операция дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с мукопексией и совместным удалением наружных геморроидальных узлов.

После дезартеризации внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных узлов больные находились на стационарном лечении в среднем 7,4 койко-дней. В послеоперационном периоде у больных, перенесших дезартеризацию геморроидальных узлов с мукопексией, болевой синдром был менее выраженным, больные вели себя сравнительно активно, рефлекторная задержка мочеиспускания не отмечена, и отсутствовал риск развития послеоперационного кровотечения и послеоперационной стриктуры анального канала. Совместное удаление наружных геморроидальных узлов при дезартеризации внутренних геморроидальных узлов, исключает гипертрофию наружных геморроидальных узлов в перспективе. Так как при дезартеризации внутренних геморроидальных нарушается отток венозной крови из наружных геморроидальных узлов через анастомозы. По этой причине в послеоперационном периоде через 3-5 лет часто наблюдаются гипертрофия наружных узлов и возникает необходимость повторных операций.

А у больных с закрытой геморроидэктомией болевой синдром был более выраженным, у 18 (6,5%) больных отмечена задержка мочеиспускания, и у 6 (2,1%) больных развилась послеоперационная стриктура анального канала. Средние сроки пребывания данных больных в стационаре составили 8,4 койко дней.

Выводы:

1. Безаппаратная дезартеризация геморроидальных узлов легко переносится пациентами и не требует длительного и тяжелого периода восстановления. Во время операции кровопотеря исключена, это особенно показана больным с постгеморрагической анемией.
2. В послеоперационном периоде отсутствует расхождение краев ушитых ран анального канала при первой дефекации и соответственно исключается после операционное кровотечение, и стриктура анального канала.
3. Совместное удаление наружных геморроидальных узлов при дезартеризации внутренних геморроидальных узлов, исключает гипертрофию наружных геморроидальных узлов в перспективе.
4. Мукопексия внутренних гипертрофированных геморроидальных узлов достигается с применением «Х» образных швов викриля № 2/0 под визуальным контролем.

Список литературы

1. Аминев, А.М. Руководство по проктологии / А.М. Аминев. – Куйбышев: Кн. из-во, 1971. - Т. 2. -532 с.
2. Алиев, Ф.Ш. Инновационная технология в лечение больных геморроидальной болезнью / Ф.Ш. Алиев, Н.Н. Савельев, А.С. Котельников // Колопроктология. - 2014. - №3(49) (приложение) - С.13.
3. Бичурин, Н.Р. Современные подходы к хирургическому лечению пациентов с хроническим геморроем / Н.Р. Бичурин, А.А. Добровольский, Е.В. Кузнецов // Колопроктология. - 2014. - №3(49) (приложение). - С.13.
4. Загрядский, Е.А. Отдаленные результаты трансанальной доплер-контролируемой дезартеризации с мукопексией в лечении 3 и 4 стадии геморроя / Е.А. Загрядский // Колопроктология. - 2014. - №3(49) (приложение). - С.20
5. Мирзоев, Л.А. Пути улучшения результатов лечения хронического геморроя при использовании малоинвазивных методов / Л.А. Мирзоев, М.Ф. Черкасов, В.С. Грошилин // Колопроктология. - 2014. - №3(49). - (приложение). - С.26-27.
6. Федоров, В.Д. Проктология / В.Д. Федоров, Ю.В. Дульцев - М.: Медицина, 1984.- 383с.

ПРИМЕНЕНИЕ АНГИОСТИМУЛИРОВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Рамазанов М.Р., Алиев Б.О., Алиева К.А.

Кафедра общей хирургии ДГМУ, Дагестан, РФ

Актуальность. Цирроз печени, нередко сопровождающийся портальной гипертензией - тяжелое заболевание с высоким процентом летальности, так как нарушаются функции печени в связи с дистрофией печеночной паренхимы. И основной причиной являются гемодинамические расстройства.

Для стимуляции регенераторных процессов в печени предложены: 1) резекция печени 2) десимпатизации печеночных артерий, 3) артериализация печени, 4) перевязка ветвей воротной вены и другие операции.

Хроническая гипоксия печени ведет к ухудшению функции регенераторных процессов в ней. В целях улучшения артериального кровотока ряд исследователей предлагали операции, усиливающие приток артериальной крови в печени. Так, Saegesser (1954) предложил накладывать анастомоз между воротной веной и аортой [2]. М.Д. Пациора (1966) рекомендовала комбинированные операции в трех вариантах: 1) Портокавальный шунт конец в бок с артериовенозным сплено - умбиликальным анастомозом конец в конец, 2) Спленоренальный анастомоз с денервацией печеночной артерии и перевязкой селезеночной артерии; 3) Спленэктомия с оментопексией и денервацией печеночной артерии [1].

Цель исследования. С учетом неудовлетворенности результатами оперативных вмешательств, тяжести самих этих операций, возможных осложнений, а также больших финансовых затрат необходимы поиски новых малоинвазивных альтернативных методов лечения цирроза печени, которые при меньших затратах дали бы более эффективные результаты.

Материалы и методы исследования. Нами проведены эксперименты на восьми собаках. Следует отметить, что артериальное давление во время пережатия аорты в печеночной артерии повышалось в первые секунды от 25 до 30мм ртутного столба, а с 30 секунды оно оставалось увеличенным на 100 мм. рт.ст., и к концу первой минуты возвращалось к исходному.

Динамическое снижение артериального давления в общей печеночной артерии и возврат к исходному при пережатии аорты говорят о расширении внутрипеченочных артерий и усилении кровообращения в печени.

Для оценки состояния сосудов печени у животных до пережатия аорты и в конце процедур проводили ангиографию. При этом можно было отметить появления дополнительных сосудов после пережатия аорты.

Полученные экспериментальные данные позволили нам перейти к применению механического ангиостимулирования в клинических условиях для лечения больных с циррозом печени (а.с. №2201153). С помощью сконструированной нами много позиционной «мобильной кушетки» Рамазанова улучшали кровообращение в печени путем механического стимулирования ангиогенеза. С этой целью одновременно передавливаются вначале обе бедренные артерии больных с помощью прижимных пят на протяжении от 30 секунд до 5 минут в день по 4 сеанса через равные промежутки времени. Каждый сеанс состоял из 6 процедур. Перерыв между процедурами – 1 минута.

Каждый день время передавливания артерий равномерно увеличивалась. На 11 день передавливали брюшную аорту выше места ее бифуркации аорты. В начале передавливания частичное, затем передавливание производится полностью.

Первые 5 дней мобильную кушетку переводят в полувертикальное положение, затем ей придают горизонтальное положение. Курс лечения 20-25 дней.

Противопоказаниями являются кровотечения, ложная аневризма сосудов, неуправляемая гипертония, свежие инсульты, бластоматозные процессы, туберкулез и другие инфекции.

Результаты исследования. Из 68 больных, лечившихся от цирроза печени с 2009 года по 2017 год, 46 человек трижды получали курс ангиостимулирования печени и в настоящее время они чувствуют себя хорошо, 19 больным по одному разу проведено лечение в стационаре, 13 продолжают лечение с помощью портативных аппаратов. Трое умерли, один в автокатастрофе, второй от инфаркта, третий от отравления.

Заключение. Таким образом, усиление кровоснабжения при циррозе печени методом механического ангиостимулирования дает весьма положительные результаты и является простым альтернативным методом лечения этой тяжелой патологии.

Список литературы:

1. Пациора М.Д. Руководство по хирургии. - М., 1966.
2. Saegesser M. Schweiz. med.- Wschr., 1954.

ТОПОГРАФО – АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Расулов Н.И., Нуров З.М., Бахромов М.Б., Муродов И.Х., Зардаков С.М.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии,
Лечебно-диагностический центр ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны занимают ведущее место в патологии пищеварительной системы, частота их продолжает нарастать, в том числе у лиц трудоспособного возраста, медицинская проблема приобретает социальное значение [1]. Современный этап развития медицинской науки характеризуется растущим интересом к проблеме конституциональной типологии человека. Вместе с тем в настоящее время в анатомии широко развивается антропологическое направление научных исследований. В настоящее время большую ценность представляют исследования, посвященные взаимосвязи телосложения человека с его психологическими особенностями [2, 3]. Современная медицинская наука характеризуется стремительным развитием и внедрением в клиническую практику новых высокоинформативных технологических методов диагностики, особенностью которых является возможность их применения для изучения нормальной анатомии и вариантов строения различных органов и систем организма человека. Несмотря на широкое применение ЛХЭ в лечении хирургических заболеваний желчного пузыря, результаты вмешательств остаются неоднозначными. Ряд авторов отмечают достаточно высокую частоту осложнений ЛХЭ, колеблющуюся до 30,5% [4,5.]. Необходимость улучшения показателей лапароскопической холецистэктомии диктует совершенствование оценочных критериев сложности операции и разработку новых оптимальных приемов при выполнении операций, базирующихся на индивидуальных особенностях хирургической анатомии желчного пузыря.

Цель исследования. Оценить особенности гепатобилиарной зоны в зависимости от типа телосложения больных при лапароскопической холецистэктомии.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование основано на анализе клинических наблюдений, охватывающих 162 больных с хроническим калькулезным холециститом, находившихся на стационарном лечении в Лечебно-диагностическом центре ТГМУ им. Абуали ибни Сино и Медико-санитарной части ГУП ТАЛ-КО за период с 2017 по 2019 гг. Мужчин было 33 (20,4%), женщин 129 (79,6%).

Всем больным в исследуемых группах проводилось антропометрическое исследование: вычисление индекса Пинье (ИП), определение типа конституции по В.М. Черноруцкому. Астенический тип телосложения отмечен у 16 (9,8%) пациентов, нормостенический — у 28 (17,3%), гиперстенический — у 118 (72,9%) пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение. С целью оценки особенностей лапароскопической холецистэктомии у больных хроническим калькулезным холециститом у лиц с различными видами телосложения нами использовались следующие критерии лапароскопического доступа к желчному пузырю: зона доступности, угол наклона оптической оси эндоскопа относительно плоскости вмешательства, расстояние на поверхности тела пациента между точками введения манипуляционных портов, глубину операционного действия инструментов.

Также учитывали те обстоятельства, что у гиперстеников величина эпигастрального угла и расстояние между крайними точками реберных дуг больше, чем при астеническом телосложении. У лиц с астеническим телосложением печень и желчный пузырь могут быть полностью прикрыты ребрами, но при гиперстеническом типе телосложения печень может на несколько сантиметров выступать из-под реберной дуги, у них в большинстве случаев отмечается выраженный слой подкожно-жировой ткани, а также область пузырного протока часто покрыта жировой клетчаткой, что в конечном итоге влияет на ход лапароскопической холецистэктомии.

У лиц с различными типами конституции выявлены достоверные типовые различия основных параметров эндоскопического доступа к желчному пузырю. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с хроническим калькулезным холециститом с гиперстеническим телосложением отмечалось увеличение таких показателей как глубина операционного действия эндоскопа, глубина операционного действия манипуляционных инструментов и расстояние между троакарами. В связи с увеличением анатомического расстояния от мечевидного отростка до боковой стенки живота расстояние между манипуляционными троакарами у гиперстеников было наибольшим, а у астеников - наименьшим. Близость точек введения троакаров у лиц с астеническим телосложением не отвечает предъявляемым требованиям к лапароскопическому доступу, так как при манипуляции в брюшной полости происходит перекусывание инструментов, чем и обусловлены затруднения во время операции.

У больных расположение второго троакара в зависимости от типа телосложения и индивидуальных анатомических особенностей значительно варьировало на протяжении всего эпигастально-пупочного промежутка, находясь чаще всего на 1-5 см ниже мечевидного отростка. Исследования показали, что оптимальная точка введения первого троакара находится чаще всего на участке выше пупочного кольца на 4 см и ниже его на 3 см.

Тип телосложения определяет особенности топографической анатомии гепатобилиарной зоны в целом. Проведенные антропометрические исследования позволили определить разновидности её размеров в зависимости от типа телосложения пациентов (табл. 1).

Таблица 1

Результаты антропометрических исследований в зависимости от типа телосложения пациентов

Размеры	Тип телосложения		
	Астеник	Нормостеник	Гиперстеник
	n=8	n=127	n=53
Угол грудной клетки	74,9±1,0	90,2±0,3	116,8±0,5
Грудная клетка в см.	85,0±1,2	97,0±0,2	105,4±0,3
Расстояние от мечевидного отростка до пупка в см.	21,4±0,4	15,7±0,1	13,4±0,2
Расстояние от X ребра до spina iliaca anterior superior в см.	11,9±0,3	10,3±0,1	8,0±0,1

Исследования показали, что тип телосложения в большинстве случаев дает возможность хирургу оптимизировать методику оперативного вмешательства и прогнозировать процесс ее выполнения. У больных с долихоморфным типом телосложения при выполнении операции причинами возникновения технических затруднений являлись технические сложности свободного использования инструментов в связи с близостью точек введения троакаров при традиционной ЛХЭ. В таких случаях при выполнении манипуляции происходит эффект перекрещивания инструментов внутри брюшной полости, что затрудняет свободное проведение операции.

Таблица 2

Объективные критерии оценки риска возникновения технических затруднений при выборе лапароскопических доступов к желчному пузырю в зависимости от типа телосложения

Параметр	Тип телосложения		
	Долихоморфный (n=8)	Мезоморфный (n=127)	Брахиморфный (n=53)
При традиционной ЛХЭ			
Угол операционного действия, град	55 - 61	65 -78	70 -82
Угол наклона оси операционного действия, град.	67	71	75
Зона доступности, см ²	130-150	145-177	168-190

Приведенные параметры объективных критериев при выбора оперативном доступе к желчному пузырю в зависимости от типов телосложения указывают, что не все оперативные приемы без учёта типов телосложения выполняются с высокой точностью даже в условиях хорошей их визуализации, что, следовательно, не соответствует требованиям ЛХЭ из единого доступа.

Таким образом, результаты исследований свидетельствуют о наличии достоверных статистических различий большинства параметров эндохирургического подхода к желчному пузырю у пациентов с хроническим калькулезным холециститом различного типа телосложения, что обусловлено, на наш взгляд, конституциональными особенностями топографии печени и желчного пузыря у лиц различного телосложения. Данные особенности необходимо учитывать при выборе оптимальных операционных доступов лапароскопической холецистэктомии.

Список литературы

1. Горбунов Н.С. Конституция толстой кишки и ее межорганные взаимоотношения / Н.С. Горбунов, П.А. Самотесов, И.В. Киргизов. -Красноярск, 2001. 233 с.
2. Горбунов Н.С. Основные положения формирования конституции / Н.С. Горбунов, И.В. Киргизов // Морфология. 2002. - № 2-3. - С. 41.
3. Малярчук В.И. Заболевания большого дуоденального сосочка / В.И. Малярчук, Ю.Ф. Пауткин, Н.Ф. Плавун.- М.: Камерон, 2004.- 168с.
4. Корнетов Н.А. Клиническая антропология методологическая основа целостного подхода в медицине / Н.А. Корнетов // Актуальные вопросы и достижения современной антропологии : материалы междунар. конф. —) Новосибирск, 2006. - С. 52-57.
5. Buess G.F. Robotics and allied technologies in endoscopic surgery /G.F.Buess, M.O.Schurr, S.C.Fischer //Arch Surg.- 2000.- Vol.135, N2.- P.229-235.
6. Campos L. Laparoscopic cholecystectomy in a 39-year-old female with situs inversus /L.Campos, E.Sipes //J Laparosc Surg.- 1991.- N2.- P.123-125.

РОЛЬ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЛЕЙКОПЛАКИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Рахимов Д.А., Турдалиев С.Х., Самадов Б.М., Бобоев Ш.С.

Урологическое отделение Б.Гафуровской ЦРБ. Таджикистан

Актуальность. Хронические воспалительные заболевания нижних мочевых путей у женщин является одним из распространенных и основной причиной обращения пациенток к урологу и гинекологу. У молодых женщин при обследовании часто обнаруживалась инфекция передаваемая половым путем (ИППП). Такие пациентки длительное время получают множество неэффективных курсов общего и местного лечения, и все это приводит к снижению качества жизни. По данным различных авторов, при цистоскопии у 63-94% пациенток с длительной, малоэффективной дизурией обнаруживается лейкоплакия мочевого пузыря, особенно распространяющийся на шейку и треугольник Льео [1, 2]. Лейкоплакия представляет собой патологический процесс, характеризующийся нарушением функций эпителиального покрова. В немногочисленных статьях российских и зарубежных авторов лейкоплакию относят к предраковым заболеваниям или считают гормон зависимым заболеванием. Кроме того расширены применения трансуретральной резекции (ТУР) поражённых участков слизистой мочевого пузыря [3, 4].

Цель исследования. Оценить эффективность ТУР слизистой мочевого пузыря, поражённой лейкоплакией.

Материал и методы исследования. Анализу подвергнуты 18 женщин, пролеченных в урологическом отделении Б.Гафуровской ЦРБ, которым проводилась ТУР слизистой мочевого пузыря. Все пациентки длительно страдали хроническим циститом, и беспорядочно лечились у различных специалистов (гинекологи и терапевты). Анамнез заболевания составлял от 2 до 12 лет. Средний возраст женщин 34,7 лет. Основными проявлениями заболевания были: тянущие и жгучие боль внизу живота и наружных половых органов, усиление болей при переполнении или опорожнении мочевого пузыря, учащенное и зачастую императивное мочеиспускание, частые обострения заболевания после половых сношений, нарушение психического статуса и снижение качества жизни. Обследование больных проводилось в амбулаторных условиях, и соответствовала протоколам обследования и лечения, с обязательным осмотром гинеколога. У 32% женщин в анализе мочи отмечалось лейкоцитурия, у 35% бактериурия, у 67% высеивалась различная флора. Методом ИФА пациентки исследовались на ИППП, где выявлены уреоплазма в – 3, микоплазма в – 2, хламидии в – 4, трихомоноз в – 5 случаях. Все выявленные изменения санировались, и после контрольных исследований и положительных результатов больные госпитализировались для проведения эндоскопических методов лечения. При цистоскопии у всех пациенток на слизистой в области шейки и треугольника Льео обнаруживалась выступающие белые бляшки неправильной формы, различной величины, с четкими краями, напоминающие тонкий покров снега, т.е. это и есть лейкоплакия мочевого пузыря.

Результаты исследования и их обсуждение. ТУР мочевого пузыря осуществлялось под спинномозговой анестезией. Длительность процедуры в среднем составила $28,3 \pm 3,7$ минут. Проводилась резекция измененного участка слизистой мочевого пузыря. Интра и послеоперационных осложнений отмечено не было. У 2-х больных отмечались умеренные дизурические расстройства, которые были ликвидированы назначением антибиотиков и местной противовоспалительной терапией. Эффективность манипуляции пациентки ощущали уже со вторых суток. Общая эффективность эндоскопического лечения равнялось 94-95%. Среднее пребывание больных в стационаре 3,1 к/д. У всех женщин диагноз подтверждался патогистологическим исследованием. Контрольное исследование проводили через 3-6 месяцев, оценивалась микроскопия мочи, бактериологический посев мочи и цистоскопическая картина.

Выводы. Таким образом, ТУР слизистой мочевого пузыря, при поражении лейкоплакией, является обоснованной и эффективной составляющей в комплексном лечении данной патологии.

Список литературы

1. Лоран О.Б. Лейкоплакия мочевого пузыря как причина стойкой дизурии / О. Б. Лоран, Л. А. Синякова, И. В. Косова, В. Е. Охриц // Медицинский совет. — 2009. — № 1.
2. Неймарк А.И. Диагностика и лечение лейкоплакии мочевого пузыря у женщин / А.И. Неймарк, Е.В. Ильинская, Р.Н. Лебедева, Т.С. Таранина // Урология. — 2009. — №2. — С. 18-19.
3. Ильинская Е.В. Лейкоплакия слизистой оболочки мочевого пузыря как гендер-ассоциированное заболевание / Е.В. Ильинская, А.А. Вершинина, С.И. Исаченко // Журнал «Медицина и образование в Сибири». — 2013. — №5. — С. 22-23.
4. Perepanova T. S. Russian results of the international epidemiological study of clinical aspects and resistance to antimicrobial medicines of cystitis uropathogens in females (ARESC) : significance of empiric therapy / T. S. Perepanova, L. A. Siniakova, A. V. Za'tsev [et al.] // Urologia. — 2011. — Mar-Apr. — Vol. 2. — P. 30–6.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАМНЯМИ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ МОЧЕТОЧНИКОВ

¹⁻²Рахимов Д.А., ²Тусматов Ш., ²Убайдуллоев А.Х., ²Турдалиева Г.С.

¹ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии» МЗ и СЗН РТ.

²Урологическое отделение Б. Гафуровской ЦРБ. Таджикистан

Введение. Одной из актуальных проблем современной урологии до сих пор является лечение мочекаменной болезни (МКБ) [1, 4]. Сложности лечения предоставляют конкременты, расположенные в дистальных отделах мочеточников, ввиду развития грозных осложнений, таких как уретерогидронефроз (УГ) и ретенционный пиелонефрит (РП). Эти же осложнения и определяют сложность подбора терапии, увеличивают сроки пребывания больного в стационаре, расширяют показания для инструментальных методов лечения. Несмотря на то, что основная проблема — устранение причины образования мочевых камней — так и не решена, незыблемым остается положение о

том, что удаление камня должно быть необходимой частью комплексного лечения больных, хотя и не избавляет их от самой болезни [3, 4].

Цель исследования. Оценить результаты лечения больных при конкрементах различных отделов мочеточников, в зависимости от размеров и имеющихся осложнений.

Материал и методы исследования. Анализу подвергнуты 162 пролеченных больных в условиях урологического отделения ЦБ Б.Гафуровского района. Возраст больных составлял от 18 до 80 лет. Женщин было 71, мужчин 91. По стороне поражения различены: правостороннее – у 81 (50%), левостороннее – у 67 (41,4%) и двустороннее – у 14 (8,6%) больных. В план обследования входило исследование общеклинических и биохимических анализов, бактериологический анализ мочи, диагностика дополнительно основывалась на проведении УЗИ, обзорной и внутривенной урографии, по показаниям контрастной и без контрастной компьютерной томографии, рентген исследования проводились в основном при наличии больших размеров конкрементов, выраженного уростаза и неэффективности от проводимой терапии. Размеры камней варьировались от 4 до 20 мм. Около 14% камней были фрагментами почечных камней, которые разрушены при дистанционной ударно-волновой литотрипсией. В остальных 86% случаях конкременты мигрировали самостоятельно из полостей почек. Практически у 92% пациентов был зафиксирован уретерогидронефроз различной степени и у 10% ретенционный пиелонефрит. По методам лечения больные разделены на три группы: I группа (n=86) больные получившие литолитическую и литокинетическую терапию, II группа (n=55) которым проводилась уретеролитоэкстракция (УЛЭ) и контактная пневматическая уретеролитотрипсия (КПУЛТ) с экстракцией фрагментов, III группа (n=21) пролеченные методом открытой хирургии.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациентам I группы в качестве консервативной терапии назначались спазмолитики (платифилин, папаверин, но-шпа или баралгин), α -адреноблокаторы (тамсулозин – торговой фирмы под названием Дутамс), уроантисептики, НПВС, фитотерапия (отвары кукурузного рыльца, шиповника или листьев ортосифона), физиопроцедуры, водная нагрузка на фоне форсированного диуреза, антибактериальная терапия назначалась больным с резвившимся ретенционным пиелонефритом. Анализ показал, что применение α -адреноблокаторов на фоне форсированного диуреза способствуют для спонтанного отхождения камней мочеточников. Эффективность лечения у больных I группы, получившие литолитическую и литокинетическую терапию составила 63%. Среднее пребывание больных на койке – 7-10 дней. Начальный уретерогидронефроз зафиксирован у 86% больных, а ретенционный пиелонефрит у 9%. В остальных 37% случаях, когда консервативная терапия была не эффективной, извлечение камней осуществлялось проведением УЛЭ или КПУЛТ.

Во II группе больных извлечение камней осуществлялись проведением уретеролитоэкстракцией или контактной пневматической литотрипсией. Осложнение в виде уретерогидронефроза зарегистрировано у 95% и ретенционного пиелонефрита у 13% больных, части из них моча отводилась временной катетеризацией почек. В этой группе больных экстракция камней отмечена у 19%, остальным извлечение проведено контактной пневматической литотрипсией. У 5 больных в связи с анатомически узким устьем и технической невозможностью введения уретероскопа, манипуляция завершена стентированием, а 3 пациентов были подвергнута открытой хирургии. Планирование КПУЛТ зависело от размеров камней, локализацией, наличием осложнений, таких как УГ у 99% и РП у 12% больных. Всем пациентам II группы после КПУЛТ сроком на 20 дней устанавливался подвесной стент. Средний койко-день составил – 4,5 дня. Пациентам II группы инструментальные методы лечения проводились под в/в наркозом или регионарной анестезией. Грозных осложнений после инструментальных методов лечения зафиксировано не было.

Пациентам III группы удаление камней осуществлялось открытой хирургией. Показаниями для открытого оперативного вмешательства были размеры камней свыше 10 мм, их локализация, развитие грозных осложнений, неэффективность вышеперечисленных методов лечения и желание больного на тот или иной метод лечения. У 3 больных на фоне конкремента в в/з мочеточника развился обструктивный гнойный пиелонефрит с уросепсисом, операция заключалась в удалении конкремента, декапсуляции почки и установления нефростомы. В этой группе больных 3 пациентам проводилась нефрэктомия, в связи с резвившимися осложнениями, у 2-х пациентов отмечен уретерогидронефроз III степени и у 1 карбункулез почки. Эффективность терапии составила 95%.

Выводы. Методы лечения камней различных отделов мочеточников должны придерживаться стандартной выбранной тактики. При конкрементах около 5 мм с отсутствием грозных осложнений эффективность лечения можно добиться консервативной терапией. В случае длительного нахождения конкремента в мочеточнике, выраженного УГ и возникновению РП более эффективны инструментальные методы лечения (УЛЭ или КПУЛТ) или открытая хирургия.

Список литературы

1. Попов С. В. Место трансуретральной контактной нефролитотрипсии в лечении больных с камнями почек / С. В. Попов, А. И. Новиков, И. А. Горгоцкий // Урология. — 2012. — № 5. — С. 81–85.
2. Бережной А. Г. Применение анатомически обоснованного оперативного доступа к верхней трети мочеточника при мочекаменной болезни / А. Г. Бережной, Ф. П. Капсаргин, Е. В. Дябкин // Врач-аспирант. — 2013. — № 2.1 (57). — С. 125–130.
3. Аль-Шукри С.Х. Место трансуретральной контактной уретеролитотрипсии в лечении камней мочеточников / С.Х. Аль-Шукри, В.Г. Иванов-Тюрин // Нефрология. – 2011. – Том 15. – №2. – С. 62-64.
4. Vicentini, Fabio C. In the era of flexible ureteroscopy is there still a place for Shock-wave lithotripsy?: Opinion: NO // Int. braz j urol. [online]. — 2015. — Vol. 41, №2 [cited 2016-05-11]. — P. 203-206.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

Рахимов Д.А., Сафаров М.М., Сафаров З.М., Рахими Ш.Д.
Урологическое отделение ЦРБ Б. Гафурова. Таджикистан

Введение. Одним из частыми и серьёзными урологическими заболеваниями, являются инфекции мочевыводящих путей [1, 3]. Во всех возрастных группах среди заболеваний почек чаще встречается острый пиелонефрит и занимает 2-е место в структуре нозологий среди урологических заболеваний. По данным различных авторов острый пиелонефрит составляет 14-22% всех заболеваний почек [2, 3]. Частота острого пиелонефрита в прямую зависит от пола и возраста. Женщины болеют в 4-5 раз чаще мужчин, что обусловлено особенностями анатомического строения организма [1]. Согласно современной концепции, лечение острого пиелонефрита должно быть комплексным, индивидуальным и патогенетически обоснованным, а характер лечения и его объем зависят от его стадии, первичности или вторичности [3]. Кроме того, лечение гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита остается актуальной проблемой. До настоящего времени в большинстве клиниках методом выбора при лечении, является открытые оперативные вмешательства [3].

Цель исследования. Определить эффективность малоинвазивных методов хирургического лечения гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита.

Материал и методы исследования. Ретроспективному анализу подвергнуты 35 больных с гнойно-деструктивными формами острого пиелонефрита. В 18 (51,4%) случаях больные подвергались открытой хирургии, в остальных 17 (48,6%) малоинвазивным методом лечения. Возраст больных составлял от 18 до 65 лет. Средний возраст $33,7 \pm 3,6$ лет. Мужчин было 12, женщин 23. По стороне поражения: правосторонний процесс у – 19 (54,3%), левосторонний у – 15 (42,9%) и двусторонний у – 1 (2,8%) пациента. Алгоритм экстренной диагностики включал проведения общеклинических, биохимических анализов, бактериологический анализ мочи и кровь на стерильность, серошкальное УЗИ с обязательным проведением доплерографии в режиме ЦДК и ЭД, обзорная и экскреторная урография, по показаниям контрастная или без контрастная компьютерная томография или магнитно-резонансная томография мочевой системы.

Результаты исследования и их обсуждение. До 2014 года в условиях урологического отделения ЦРБ Б.Гафуровского района данная категории больных лечение проводилось только открытым оперативным вмешательством. За последние 5 лет после оснащения отделения необходимыми средствами и повышения навыков хирургов, подход к лечению изменился в пользу малоинвазивных методов. Способ лечения выбирался от заключения лучевых методов диагностики и определения степени нарушения уродинамики. С помощью доплерографии определяли ангиоархитектонику и скоростные показатели кровотока в почках. При вторичном апостематозном пиелонефрите с нарушением уродинамики в 9 (25,7%) случаях устанавливалась перкутанная нефростомия. В случае установление одного абсцесса проводилось его дренирование у 5 (14,3%) больных и однократное аспирация гноя у 3-х (8,6%). В комплекс медикаментозной терапии включали антибиотики широкого спектра действия, из группы цефалоспоринов 3-4 поколения, аминогликозидов, фторхинолонов и карбопенемов, десенсибилизирующее, дезинтоксикационную терапию, препараты улучшающие реологию крови и микроциркуляцию. Антибиотики вводились только парентерально. В случае отсутствия эффекта в течение 2-3 дней, больные подвергались открытым методом лечения. Осложнений от проведенных малоинвазивных методов зафиксировано не было. В результате внедрения малоинвазивных методов лечения удалось снизить количество открытых оперативных вмешательств в 2 раза, количество нефрэктомий сыше 30%, снижению общего пребывания в стационаре на 4-5 к/д. Все это напрямую способствовало резкому снижению общей летальности. Внедренные способы лечения практически не имеют противопоказания. Ключевым моментом в данной ситуации является раннее выявление патологии и своевременно начатая массивная антибактериальная терапия.

Выводы. Применение малоинвазивных методов лечения гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита оправданы, снижают операционную травму, психологическую агрессию, общую летальность, материальные затраты и повышают качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Аляев Ю.Г. Современные аспекты диагностики и лечения гестационного пиелонефрита / Ю.Г. Аляев, М.А. Газимиев, Д.Е. Еникеев // Урология. – 2008. – №1. – С. 3-6.
2. Бешлиев Д.А. Диагностика и лечение острого пиелонефрита / Д.А. Бешлиев, Л.А. Ходырева // Трудный пациент. – 2009. – С. 12-13.
3. Гончарова Ю.М. Перспективные направления в лечении острого пиелонефрита / Вестник новых медицинских технологий. – 2012. – Т. XIX, №2. – С. 291-295.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Рахимов Д.А., Джурсаев М.А., Джурсаев И.И., Джурсаев Х.И.
Урологическое отделение Б.Гафуровской ЦРБ. Таджикистан

Актуальность. Увеличения количества и объема хирургических и гинекологических операций, внедрение малоинвазивных лапароскопических и эндоскопических вмешательств сопровождаются ростом числа ятрогенных повреждений (ЯП) органов мочевого выделения и их осложнения. К факторам, которые увеличивают риск травм органов мочевой системы при беременности и родах, относят наличие рубцов после раннее перенесенных операций на органах половой системы, а также спаечные процессы в брюшной полости [1].

Кроме того повреждения мочевых путей являются одним из самых тяжелых осложнений при операциях на органах малого таза, и при этом многие исследователи подчеркивают, что процент травм занижен из-за того, что часто повреждения во время операции распознается далеко не сразу [2].

Цель исследования. Определить характер ятрогенных повреждений нижних мочевых путей и улучшить результаты оперативного лечения данной категории больных.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 35 больных с ятрогенными повреждениями мочевых путей находившихся в отделении урологии Б.Гафуровской ЦРБ. Мужчин было 8, женщин 27. Средний возраст больных $28,6 \pm 3,2$ года. По локализации повреждений: мочеточники в – 20, мочевого пузыря в – 13 и уретры в – 2 случаях. По причине повреждений пациенты разделены: после хирургических операций у-2, акушерско-гинекологических у-28 и эндокопических манипуляций у-2 и операций мочевых путей у-3 больных. Исследование больных стандартное, но для определения локализации, характера повреждений и развившихся осложнений дополнительно проводили следующие лучевые методы: УЗИ, экскреторная урография, ретроградная уретеропиелография, цистография, фистулография, компьютерная томография.

Результаты исследования и их обсуждение. Повреждения диагностированы во время операции у 9, в первые сутки у 3, на 2-3 сутки у 5, на 5-10 сутки у 4, одного месяца у 2 и более одного года у 2 больных. Из общего количества пациентов в 30 случаях больные подвергались радикальному оперативному вмешательству, и в 5 накладывалась чрескожно-пункционная нефростомия (ЧПНС). Необходимо отметить, что у 3 (10,7%) больных с установленной частичной перевязкой мочеточников, которым накладывалась ЧПНС при наличии ретенционного пиелонефрита, после 3 месячного наблюдения, отмечалось полное восстановление проходимости верхних мочевых путей без хирургического вмешательства, что констатировано проведением повторных рентгенологических исследований. Анализ показал, что ЯП мочевых путей часто отмечаются у тучных женщин в 6, с массивным кровотечением во время операций и родов в 16, повторных хирургических и гинекологических операциях в брюшной полости в 7, рубец на матке с очередной беременностью в 3, технические возможности хирурга в 2 случаях. В плановом порядке оперировались – 13(37,1%), в экстренном – 19(62,9%) больных. При повреждении мочевого пузыря проводилось ушивание поврежденного участка глухим швом. Реконструктивно-восстановительная хирургия мочеточников производилась по следующим методикам: уретеронеоцистоанастомоз по Боари у – 3, по Политану-Лидбетеру у – 3, прямой уретеронеоцистоанастомоз у – 3, уретеро-уретеро анастомоз у – 5, делегирование перевязанного мочеточника у – 2 больных. В одном случае с декомпенсированной стадией уретерогидронефроза произведена нефроуретерэктомия. В 2 случаях с повреждениями задней уретры проводилась анастомотическая уретропластика. Летальных исходов при повреждениях мочевых путей не зафиксировано. Грозным осложнением ятрогенных повреждений было развитие перитонита у 2-х больных, оба случая развиты при акушерско-гинекологических операциях. В одном случае повреждение терминального отдела мочеточника, и в другом незамеченная травма мочевого пузыря во время операции. Больной с ятрогенией мочеточника наложено ЧПНС и через 3 месяца проводилась ее реконструкция. Пациентки с травмой мочевого пузыря проведена санация и дренирование брюшной полости, ушивание раны мочевого пузыря с установлением уретрального катетера. Все больные из стационара были выписаны с выздоровлением.

Выводы. Ятрогенные повреждения мочевых путей является серьезным и тяжелым осложнением, они требуют длительного лечения и реабилитации, больших экономических затрат. Так как ятрогенные повреждения влияют на качество жизни пациентов, необходимо учитывать и быть предельно осторожным в предполагающих факторах способствующих возникновению ятрогении.

Список литературы

1. Строцкий, А.В. Урологическое пособие при травмах органов мочевой системы во время акушерских и гинекологических операций / А.В. Строцкий, Е.И. Юшко // Журнал ГрГМУ. – 2006. – №2. - С.6-12.
2. Травматические повреждения органов мочевыделительной системы / N. Djakovic и др. // Вестник Европейской ассоциации урологов. – 2011. – С.33-36.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Рахимов Н.Г., Амонов Д.М., Нуров А.П.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Острая дыхательная недостаточность (ОДН) это патологическое состояние проявляющееся неспособностью дыхательной системы осуществлять нормальный газообмен. По данным авторов, летальность от ОДН составляет почти 40% [4]. В настоящее время растет интерес к проблемам кислотно-щелочного состояния. Проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ) нельзя осуществлять с успехом без контроля состояния кислотно-щелочного состояния (КЩС). Информация о КЩС помогает в диагностике и лечении метаболических нарушений [2-5]. Роль дыхания в постоянстве КЩС является основной, поскольку избыток CO_2 в крови напрямую связан с гиповентиляцией легких, который приводит к повышению соотношения продукции CO_2 к потреблению O_2 в организме свыше 1. В норме соотношение продукции CO_2 к потреблению O_2 в организме составляет 0,8 [1]. Использование параметров КЩС у больных с острой дыхательной недостаточностью способствует правильному проведению интенсивной терапии ОДН.

Цель исследования. Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния при острой дыхательной недостаточности.

Материал и методы исследования. Проведен сравнительный анализ результатов КЩС и газов крови до и после комплексной интенсивной терапии у 40 больных с острой дыхательной недостаточностью. Обследование и лечение пациентов проведено в отделение реанимации ГУ НМЦ РТ. При поступлении и в процессе лечения исследованы показатели КЩС и газов крови: рН, ВЕ, PO_2 , PCO_2 . Больные разделены на две группы: 1 группа (основная группа) (n=20) (50,0%) больных с острой дыхательной недостаточностью тяжелой степени, 2 группа (контрольная группа) (n=20) (50,0%) больных с острой дыхательной недостаточностью легкой и средней степени тяжести. Для коррекции нарушений КЩС всем больным была использована кислородотерапия, муколитические, бронхолитические средства. Больные 1 группы из-за выраженной ОДН переведены на ИВЛ.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе показателей КЩС и газов крови при поступлении у больных 1 группы (n=20) отмечается декомпенсированный метаболический ацидоз (рН-7,30 ± 0,01; (-ВЕ) – 8,0±0,4 ммоль/л; PO_2 -78,0±4,1 мм.рт.ст.; PCO_2 -48,2±3,8 ммоль/л). Эти показатели после перевода больных на ИВЛ и коррекции метаболического ацидоза гидрокарбонатом натрия улучшились (рН-7,36 ± 0,01; (-ВЕ) – 2,5±0,4 ммоль/л; PO_2 -82,0±4,1 мм.рт.ст.; PCO_2 -44,2±1,8 ммоль/л).

При анализе показателей КЩС и газов крови при поступлении у больных 2 группы отмечается компенсированный метаболический ацидоз (рН-7,48 ± 0,01; (-ВЕ) – 3,0±0,4 ммоль/л; PO_2 -80,0±4,2 мм.рт.ст.; PCO_2 -31,2±3,8 ммоль/л). Эти показатели после проведения кислородотерапии и бронхолитических средств улучшились (рН-7,45 ± 0,01; (-ВЕ) – 2,8±0,4 ммоль/л; PO_2 -85,0±4,1 мм.рт.ст.; PCO_2 -38,2±1,8 ммоль/л).

Выводы. Таким образом, определение показателей кислотно-щелочного состояния при острой дыхательной недостаточности является надёжным способом для эффективности проведения комплексной интенсивной терапии этой патологии.

Список литературы

1. Бунятян А.А. Анестезиология: национальное руководство / А.А. Бунятян, В.М. Мизикова. – М.: ГЕОТАР-медиа, 2011. – 1104 с.
2. Ахмедов Д. Влияние тяжёлой закрытой травмы грудной клетки на газообмен / Д. Ахмедов, Б.Х. Давлатов, А.П. Нуров, С.Х. Сафоев // Вестник Авиценны (Паёми Сино). – 2017. – Т-19, №2. – С. 147-150.
3. Ахмедов Д. Острая дыхательная недостаточность при поражении нервной системы / Д. Ахмедов, Б.Х. Давлатов, Л.Р. Достиев, Д.А. Давлатов // Вестник Авиценны (паёми Сино). – 2017. – Т-19, №2. – С. 151-153.
4. Биркун А.А. Острая дыхательная недостаточность / А.А. Биркун, О.О. Осунсания // Медицина неотложных состояний. – 2016, Т-78, №7. – С. 102-108.
5. Левитэ Е.М. Частная анестезиология и реаниматология. Пособие для ординаторов / Е.М. Левитэ. Москва: Авторская академия; Товарищество научных изданий КМК, 2008. - 652 с.

ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Рахматуллаев Р., Норов А.Х., Рахматуллаев А.Р.

МСЧ ГУП ТАЛКО, ЛДЦ Вароруд, г.Турсунзаде, Таджикистан

Актуальность. Аневризма - это ограниченное или диффузное выпячивание стенки сосуда или расширение сегмента артерии, и/или полости образовавшейся около или внутри стенки сосуда, сообщающееся с его просветом. Наиболее частыми причинами аневризмы являются атеросклероз, неспецифические аортоартерии и травма.

Быстрое развитие промышленности и техники за последнее время способствует высокому уровню травматизма. В структуре травматизма повреждения магистральных сосудов достигают 2% [1,2,3]. Особое внимание необходимо уделить значительному увеличению количества ятрогенных травм, связанных с проведением ангиографических исследований, на долю которых приходится в среднем 3,4—24,9% всех периферических аневризм, причем их количество увеличивается пропорционально распространению ангиографических методов исследования.

Материалы и методы исследования. С 1992 по 2017 гг. нами произведено обследование и хирургическое лечение 32 больных с ложным аневризмом (ЛА) периферических артерий, все больные лица мужского пола, возраст которых варьировал от 18 до 42 лет, средний возраст составил 34,2±1,5 лет.

ЛА артерий верхних конечностей наблюдался – у 14 (43,7%) больных, при этом отмечены следующие локализации: подмышечная артерия – у 4 (12,5%); плечевая артерия – у 5 (15,6%); лучевая артерия – у 3 (9,3%) и локтевая артерия – у 2 (6,2%) больных.

ЛА артерий нижних конечностей отмечен – у 18 (56,2%) больных: ЛА общей бедренной артерии (ОБА) – у 7 (21,8%) из них у 3-х больных ЛА развился после неоднократного введения лекарств в артерии; ЛА поверхностной бедренной артерии (ПБА) – у 5 (15,6%) и подколенной артерии (ПА) – у 6 (18,7%) больных. Давность получения травмы до появления пульсирующего опухолевидного образования составила от 3 месяцев до 18 месяцев. Причиной ЛА явились у 13 (40,6%) колото-резаные ранения, у 9 (28,1%) перелом длинных трубчатых костей, – у 6 (18,7%) огнестрельные ранения и у 4 (12,5%) больных тупая травма конечности.

Все больные жаловались на наличие пульсирующего опухолевидного образования в области перенесенной травмы конечности, больные с ЛА подмышечной и плечевой артерии отмечали наличие парестезии и онемение пальцев кисти, быструю утомляемость конечности при физической нагрузке. У 5 больных с ЛА ОБА и ПБА степень ишемии конечности соответствовала II А стадии хронической ишемии нижних конечностей (по классификации А.В.Покровского), у остальных 4 больных клинические проявления ишемии не были отмечены. Наиболее выраженная клиника ишемии отмечена среди больных с ЛА ПА; У 4 - II Б стадии и -у 1 больного III стадии ишемии.

С целью уточнения диагноза 4 больным с ЛА ПА произведена ангиография, у остальных 28 больных верификация диагноза произведена по данным ультразвукового исследования (УЗИ). При этом размеры аневризматиче-

ческого мешка артерий верхних конечностей составили от 2,0 x 2,0 см. до 5x5 см, а нижних конечностей составили от 4x4см. до 8x8 см, наибольшие размеры аневризматического мешка отмечены при ЛА ПА и ОБА. При этом нами выполнены следующие способы артериальной реконструкции: у 3 больных с небольшой аневризмой лучевых артерий произведена резекция аневризмы с наложением анастомоза конец в конец под оптическим увеличением; 2 больным с аневризмой локтевых артерий произведена резекция аневризмы и перевязка локтевой артерии; 9 больным с аневризмой подмышечной и плечевой артерии произведена резекция аневризматического мешка с протезированием артерий реверсированной аутовеной; 15 больным из 18 с аневризмой артерий нижних конечностей произведена резекция аневризмы с протезированием артерии аутовеной, и 3 больным с ЛА ОБА произведена боковая пластика аутовенозной заплатой.

Результаты исследования и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде - у 2 (7,6%) больных после аутовенозного протезирования ПБА и ПА отмечено нагноение послеоперационной раны, которое было ликвидировано консервативными мерами. У всех больных с клиникой хронической ишемии нижних конечностей в послеоперационном периоде отмечен регресс ишемии с компенсацией кровообращения в конечностях.

В отдаленном послеоперационном периоде до 8 лет наблюдались 23 больных; 2 больных с боковой пластикой ОБА, через 3 и 5 лет после операции у них отмечено вновь появление ЛА, оба больных повторно оперированы, произведена резекция аневризмы с протезированием протезом «Витафлон». Остальные больные каких либо жалоб не предъявляли, при контрольном УЗИ в режиме ЦДК в области реконструкции и дистальнее определялся магистральный кровоток.

В заключении следует отметить, что методикой выбора хирургического лечения ложного аневризма периферических артерий является резекция аневризма с протезированием реверсированной аутовеной, при небольших боковых дефектах артерии целесообразным является резекция аневризма с боковой пластикой стенки артерии аутовенозной заплатой.

Список литературы

1. Гавриленко, А.В. Лечение ложных ятрогенных артериальных аневризм / А.В. Гавриленко, Г.В. Синявин // Журнал «Ангиология и сосудистая хирургия». - 2005. - Т.11, №3. - С. 135-138.
2. Маркелов, С.И. Лечение длительносуществующей артериовенозной аневризмы / С.И. Маркелов, О.Г. Цой, А.А. Утемисов // Клин. хир. — 1988. - №7. - С.63-64.
3. Петровский, Б.В. Хирургия аневризма периферических сосудов / Б.В. Петровский, О.Б. Милонов. - М., 1970. - С.19-21.
4. Coughlin, B.F. Peripheral pseudoaneurysms: Evaluation with duplex / B.F. Coughlin, D.M. Paushter // US Radiology. - 1988. - Vol.168. - P.339-342.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Рахматуллаев Р., Хасанов С.М., Ашууров А.С., Ибрагимов Ш.Б.

ЛДЦ «Вароруд», кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность проблемы. Эхинококкоз (ЭК) органов брюшной полости является распространенным заболеванием. Излюбленным органом является печень, частота поражения которой составляет 60-70%, селезенка - 4-5%, большой сальник и брыжейка тонкого кишечника - 2,5-5%; 2,5-6% соответственно и органы малого таза 3-4% случаев[1,2].

Несмотря на внедрение за последние 20-30 лет в клиническую практику новых, современных малоинвазивных методов лечения, хирургическое лечение ЭК традиционной - открытой методикой остается доминирующим. Следуют отметить, что после открытой операции в 12-30% случаев отмечаются различные осложнения, а летальность при этом доходит до 8-10%. В связи с внедрением в клиническую практику лапароскопической методики (ЛС) эхинококкэктомии из минилапаротомного доступа, появилась альтернативная методика хирургического лечения ЭК органов брюшной полости. Данная методика операции является малотравматичной, отличается низкой частотой различных осложнений, коротким сроком пребывания больных в стационаре и на реабилитации [1,2,3]. Однако применение данных методик в хирургическом лечении ЭК болезни ограничено.

Цель исследования. оптимизировать различные методики операции эхинококкэктомии органов брюшной полости.

Материалы и методы исследования. Нами за последние 10 лет эхинококкэктомии органов брюшной полости с применением различных методик выполнена у 236 больных. Возраст больных от 17 до 76 лет, средний возраст составил 46±2,5лет. Женщин 162 (68,6%), мужчин 74 (31,4%). Из них эхинококковая киста печени (ЭККП) у 152 (64,4%), эхинококковая киста селезенки (ЭККС) - у 38 (25%), эхинококковая киста большого сальника (ЭКБС) - у 18 (11,8%), эхинококковая киста брыжейки тонкого кишечника (ЭКБ) - у 15 (9,8%) и эхинококковая киста органов малого таза (ЭКМТ) - у 13 (8,5%) больных.

По данным УЗ исследования уточнялись локализация, размеры и характер содержимого ЭК, при этом размеры ЭКП составляли от 6 до 22 см. У 76 (50%) больных ЭК локализовался в Y-YI-YII сегментах, у 30 (19,7%) в YIII сегменте, 46 (30,2%) больных в I-II-III-IV сегментах печени, При этом у 28 (18,4%) больных отмечен множественный от 2 до 3 ЭКП и у 18 (11,8%) больных установлен инфицированный, напряженный ЭКП. Размеры выявленных ЭККС составляли от 6 до 18 см, из них у 14 (36,8%) локализовались в области ворот селезенки, у 10 (26,3%) в верхнем полюсе, у 9 (23,6%) в области нижнего полюса и 5(13,1%) больных ЭК занимала всю паренхиму селезенки. У 46 больных с ЭК других органов брюшной полости размеры ЭК составили от 8 до 12 см.

В план обследования всем больным включалось рентгенологическое исследование органов грудной клетки для исключения и/или выявления ЭК легких. При этом у 12 (7,8%) больных выявлено одиночный ЭКК правого легкого.

Результаты исследования и обсуждение. Для лечения ЭК органов брюшной полости нами применено три методики оперативного лечения: 1- лапароскопическая методика (ЛС); 2 - минилапаротомный доступ (МД); 3 – традиционная - открытая методика операции (ТО).

При локализации ЭК в области I-II-III-IV-V-VI-VII сегментах печени в размере от 6 до 10 см. операцию выполняли ЛС методикой. Следует отметить, что при ЛС эхинококкэктомии печени установка лапаропортов аналогична как при лапароскопической холецистэктомии, лишь с отличием установки 20 мм. лапаропорта на правой подреберной области, а при локализации ЭКП в I-II- III IV сегментах 20 мм. лапаропорта устанавливали в левой подреберной области, через который вводили в брюшную полость марлевый тампон для отграничения ЭК. Кисту пунктируем толстой иглой, аспирируем содержимое, не вынимая иглу в полость вводим 40% раствора натрия хлорида с экспозицией 6-8 минут. После аспирации введенной жидкости рассекаем фиброзную капсулу, хитиновую оболочку эвакуируем в специальном контейнере. После иссечения фиброзной капсулы в пределах ткани печени остаточную полость тампонируем большим салыником.

Соблюдая вышеуказанное правило нами ЛС эхинококкэктомия печени произведена у 102 больных, в связи с невозможностью ликвидации остаточной полости ЛС методикой и/или наличием желчного свища 14 (13,7%) больным произведена конверсия. 20 (13,1%) больным с локализацией ЭК в области I-II-III сегментов оперативное вмешательство выполнено минилапаротомного доступа. Всем 30 больным с локализацией ЭК в области VIII сегмента эхинококкэктомия выполнена по традиционной, открытой методике. При локализации ЭК в области нижнего полюса 9 больным произведена ЛС эхинококкэктомия, в остальных 27 случаях преднамеренно произведена спленэктомия лапаротомного доступа.

При локализации ЭК в других органах брюшной полости операцию выполняли ЛС поддержкой, т.е. первым этапом производили диагностическую лапароскопию, после уточнения локализации ЭК производили эхинококкэктомии минилапаротомным доступом. При этом у 40 больных из 46 удалось завершить операцию минилапаротомного доступа, в связи с выраженным перипроцессом вокруг ЭК органов малого таза у 6 (13%) больных произведена конверсия. Следует отметить, что при сопутствующей ЭК легких у 12 больных, первым этапом выполнена эхинококкэктомия из легких и спустя 1 месяца выполнена эхинококкэктомия из органов брюшной полости.

Таким образом, 157 (66,5%) больным из 236 нами произведена эхинококкэктомия органов брюшной полости с использованием малоинвазивных методик операции, 79 (33,5%) больным операция выполнена по традиционной - открытой методикой. Частота конверсии составила 12,7%. В ближайшем послеоперационном периоде больные после малоинвазивных операций чувствовали себя комфортно, в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, нагноение раны у 4 (2,5%), желчеистечение у 6 (3,8%), абсцесс остаточной полости у 3 (1,9%) больных. Среднее число койка дней пребывания в стационаре составило $6,5 \pm 1,5$ дня, летальный исход 1 (0,6%). После ТО больным в первые сутки назначались наркотические анальгетики, нагноение раны у 5 (6,3%), среднее число койка дней пребывания в стационаре $14,5 \pm 1,5$ дня, летальный исход 1 (1,2%).

Вывод. При хирургическом лечении ЭК органов брюшной полости необходим индивидуальный подход в каждом конкретном случае. При правильном определении показаний к малоинвазивным методикам операции, данная методика является эффективной, сопровождается малотравматичностью и высоким социально – экономическим эффектом. Показанием к выполнению ТО является ЭК большого размера, осложненной формы и локализацией в труднодоступных сегментах.

Список литературы

1. Ахмедов, И.Г. Рецидив эхинококковой болезни: патогенетические аспекты, профилактика, ранняя диагностика и лечение / И.Г. Ахмедов // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. — 2006. — №4. — С. 52-57.
2. Хамидов, М.А. Эндовидеохирургия гидатидных кист и остаточных полостей печени при эхинококкозе печени / М.А. Хамидов, С.И. Емельянов // Эндоскопическая хирургия. - 2000. - №1. - С. 13-15.
3. Minimal invasive treatment of abdominal multiorgan echinococcosis / С. Tomus [et al.] // Int. Surg. - 2013. - Vol.98, N1. - P. 61-64.

ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Рахмонов Т.Б., Шамсиев Дж.А., Гадоев А.М.

Центральный военный госпиталь МО РТ

Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Мочекаменная болезнь является одной из наиболее актуальных проблем здравоохранения во всем мире, так как её распространенность ежегодно растет на 0,5-5,3% [1, 3, 5]. Мочекаменная болезнь или уролитиаз это заболевание связанное с нарушением обмена веществ в организме, при котором образуются камни в почках и мочевыводящих путях. Больные мочекаменной болезнью составляют до 40% контингента урологических больных и до 70% всех экстренных больных [2,3,4]. Во многих странах мира, в том числе и в Таджикистане мочекаменная болезнь диагностируется в 32-40% случаев всех урологических заболеваний и занимает второе место после инфекционно-воспалительных заболеваний [1,5]. Мочекаменная болезнь выявляется в любом возрасте, наиболее часто в трудоспособном (20-55лет). Мужчины болеют в 3 раза чаще, чем женщины, но кароловидные камни чаще всего обнаруживаются у женщин (до 70%). Неуклонно возрастающую за последние годы частоту заболеваемости мочекаменной болезнью ассоциируют с изменением бытовых, социальных и экологических условий,

малоподвижным образом жизни, урбанизацией, изменением качества и характера продуктов питания, а также другими факторами риска [2,4]. Мочекаменная болезнь и частые, вторичные осложнения пиелонефриты занимают одно из первых мест среди урологических заболеваний [3,5]. При госпитализации пациента с почечной коликой после купирования болевого синдрома первоочередной важной проблемой является визуализации конкремента и диагностика анатомо-функционального состояния мочевых факторов, определяющих тактику лечения пациента. Своевременная и точная диагностика позволяет правильно разработать индивидуальный алгоритм лечения, избежать осложнений заболевания [2,4,5].

Цель исследования. Оценка эффективности первичной диагностики в лечении и профилактики осложнений при мочекаменной болезни.

Материал и методы исследования. Работа основана на ретроспективном анализе историй болезни 487 больных с мочекаменной болезнью госпитализированных в Центральный военный госпиталь Министерства обороны Республики Таджикистан, среди военнослужащих за период 2010-2017 гг. Возраст больных варьировал от 17 до 37 лет. Мужчин было 480 (98,5%) больных, а женщин 7 (1,5%). Больным предварительно проводились клинико-лабораторные методы исследования. Всем больным наряду с общеклиническими методами исследования проводили биохимический анализ крови (почечная проба), ультразвуковое исследование мочевой системы, обзорную рентгенографию и экскреторную урографию. В ходе обследования у 2-х больных была установлена аномалия расположения почек: левосторонняя тазовая дистопия и гомолатеральная поясничная правосторонняя дистопия почек без сращения. В начале заболевания протеинурия отмечалась от 0,033 г/л (275 больных 57,3%) до 0,099 г/л (195 больных 40,6%), а у 17 больных не отмечалась, лейкоцитурия от 13-16 (284 больных 59,2%) в п/з до 30-35 (203 больных 41,7%) в п/з. Микрогематурия выявлена от 10-12 в п/з до 45-50 в п/з. Макрогематурии и азотемии не отмечались. Азотистое основание в пределах нормы (мочевина 3,8-5,2 мол/л, креатинин 86-113 мол/л). У 64 (13,1%) больных конкременты локализовались в лоханке почек, а в чашечках 38 (7,8%), а у подавляющего большинства пациентов конкременты локализовались в мочеточниках 385 (79 %). У 41 пациента (8,5%) конкременты выявлены в верхней трети мочеточника, у 28 пациентов (5,7%) в средней трети, а у 316 пациентов (64,9%) в нижней трети мочеточника (Таблица 1). Размеры конкрементов варьировали от 3 мм до 1,3 см в мочеточниках, а в лоханках от 9 мм до 2,3 см. В зависимости от характера физико-химического состава конкремента встречались следующие виды: оксалаты у 312 (64%) больных, ураты 107 (22%), фосфаты 68 (14%) больных. Всем пациентам индивидуально был создан алгоритм лечения, начиная от консервативной терапии до оперативных вмешательств (традиционные открытые операции и малоинвазивные, контактная литотрипсия, дистанционная ударно-волновая литотрипсия).

Таблица 1. – Распределение больных по локализации конкрементов

Локализация конкрементов	Количество больных	%
Лоханки почек	64	13,1
Чашечки почек	38	7,8
Верхняя треть мочеточника	41	8,5
Средняя треть мочеточника	28	5,7
Нижняя треть мочеточника	311	63,9
Мочевой пузырь	5	1,0
Всего	487	100,0

Открытые операции проводились пиелолитотомией 14 пациентам (2,8%), нефропиелолитотомией 23 (4,7%), уретеролитотомией - 18 (3,7%), цистолитотомией - 5 (1%). Контактном литотрипсия - 58 (12%), Дистанционная ударное волновая литотрипсия - 68 (13,9%), самостоятельное отхождение конкрементов у 229 (47%), у 12 (2,4%) пациентов оптикаемые камни. У 28 (5,7%) пациентов имело место осложнение пиелонефрита в стадии разгара. Подтверждение осложнением пиелонефрита основывалось на результатах пробы Нечипоренко. Антибактериальная терапия применялась в профилактических целях в основном из группы цефалоспоринов 3-го поколения (цефамед 1,0), фторхинолонов (левофлоксацин 500мг). В зависимости от вида конкремента применялся диетологический стол с соответствующим рационом. Пациентам параллельно применялось комбинирование растительных литокинетических препаратов фитолизина, фитонефрина, уриклар. Показанием к включению препаратов уриклар и фитонефрина в комплексное лечение была бактериурия в сочетании с лейкоцитурией.

Таблица 2. – Физико-химические показатели после применения комбинированных литокинетических препаратов

Показатели	До применения	После применения
Протеинурия	0,033-0,099г/л	0,026г/л
Относительная плотность мочи	1012-1031	1018
pH	6,8-7,8	7,1
Лейкоцитурия	13-16-30-35 в п/з	6-8
Эритроцитурия	10-12-45-50 в п/з	2-4
Цилиндрурия	2-4-6 в п/з	0-1

Результаты исследования и их обсуждение. Выявлено, что нет идеального метода для визуализации конкрементов, но по информативности методы распределились в таком порядке: экскреторная урография, обзорное и ультразвуковое исследование. Информативность каждого метода зависит от размера, локализации и характера расположения конкремента. При небольших размерах конкрементов до 6 мм - гораздо информативнее экскреторная урография, при размеров более 6 мм УЗИ превосходит. При локализации конкрементов в мочеточниках (верхней, средней, нижней трети) экскреторная урография, в лоханочно-мочеточниковом сегменте, и чашечно-

лоханочной системе почки - ультразвуковое исследование. Информативность обзорной урографии ограничена в связи со встречаемостью рентгеногегативных конкрементов, с учетом того, что наблюдаются различные пики информативности в изучаемых группах. Данные диагностические методы являются не конкурирующими, а взаимодополняющими друг друга. Оказалось, что при приеме в комбинированном лечении препаратов конкременты из мочеточника самостоятельно отошли у 208 (42,7%), время отхождения камней от момента терапии у пациентов составило $7,3 \pm 3,9$ дня. Лейкоцитурия по завершению лечения была выявлена у 6 (9,1%) больных. Было выявлено, что используемые препараты оказывают положительное влияние на состояние обмена веществ у пациентов с уролитиазом.

Выводы. Таким образом, для топической диагностики конкрементов мочевыводящих путей рекомендовано совместное использование ультразвукового исследования, обзорной и экскреторной урографии. Выявлено, что литокинетические препараты оказывают положительный эффект на состояние обменных процессов у пациентов с мочекаменной болезнью, уменьшая концентрацию мочевой кислоты в крови, уровень оксалатов и мочевой кислоты в моче, оптимизируя рН и снижая гиперкальциурию, что имеет огромное значение для профилактики. Пациентам с мочекаменной болезнью, осложненной инфекционно-воспалительным процессом, после проведения лечения антибактериальными препаратами, можно назначить комбинирование растительных литокинетических препаратов как монотерапию с целью профилактики рецидивов мочевой инфекции. Регулярные занятия физической культурой улучшают состояние больных, способствуют поддержанию организма в тонусе и повышают резистентность организма к отрицательным факторам. Применение выше указанных методов диагностики, лечения и профилактики при мочекаменной болезни является наиболее простым, малоинвазивными, доступным и высокоэффективным. Правильно и своевременно проведенные профилактические меры способствуют восстановлению функции почек, снижению количества рецидивов камнеобразования и профилактике осложнениям.

Список литературы

1. Актуальные проблемы осложнений мочекаменной болезни / С.Н. Стяжкина, Э.М. Гюльяхмедова, В.В. Назаров, Г.Р. Габбасова // Успехи современного естествознания. – 2015. - №4. – С.68-69.
2. Нусратуллоев, И.Н. Гигантские камни мочеточника / И.Н. Нусратуллоев, А.Ю. Одилов, М.И. Нусратуллоева // Урология. – 2007. - №3. – С.96-97.
3. Нусратуллоев, И.Н. Лечение мочекаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста / И.Н. Нусратуллоев, А.С. Асимов // Здравоохранение Таджикистана. – 2008. - №3. – С.105-107.
4. Профилактика мочекаменной болезни и его рецидивов путем проведения диетотерапии / А.С. Асимов [и др.] // Учебно-методические разработки. – Душанбе, 2008. – 14 с.
5. Факторы риска заболеваемости мочекаменной болезнью в Таджикистане / А.С. Асимов [и др.] // Учебно-методические разработки. – Душанбе, 2008. – 15с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ УДАЛЕНИИ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА

Рахмонов Х.Дж., Бердиев Р.Н., Ризоев И.М.

Кафедра нейрохирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Несмотря на бурное развитие нейрохирургии, вертебрологии, рентгенологии и значительные успехи в лечении различной патологии позвоночника, к сожалению, нет оснований считать, что проблема лечения остеохондроза поясничного отдела, в частности грыж межпозвонковых дисков, на сегодняшний день решена. Эта патология является одним из наиболее частых и тяжелых страданий, приводящих к инвалидности людей трудоспособного возраста, ведёт к огромным материальным потерям для общества и государства [1].

В России в структуре неврологической заболеваемости взрослого населения поясничный остеохондроз составляет 48-52%, занимая первое место, в том числе и по количеству дней нетрудоспособности. По данным комитета здравоохранения города Москвы, больные с грыжами поясничного отдела позвоночника составляют 81% от всех лечившихся стационарно пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника.

В их числе из оперированных больных на долю грыж поясничных дисков приходится 90,3%. По материалам нейрохирургических отделений Республики Таджикистан, 60,8% нейрохирургических операций приходится на грыжу межпозвонкового диска поясничного отдела позвоночника [2].

За последние 10-15 лет отмечается рост заболеваемости поясничного остеохондроза, что ставит проблему диагностики, лечения и профилактики на уровень государственной задачи [3].

Медицинская и социально - экономическая значимость данной патологии как в мире, так и в Республике Таджикистан, обусловлена как высокими показателями заболеваемости, трудопотерь и инвалидности, так и связанными с этим аспектами проблемы совершенствования своевременной диагностики и эффективного лечения больных с осложненными формами (грыжи межпозвонковых дисков) поясничного остеохондроза. Важным фактором, ухудшающим исход хирургического лечения данной патологии, является рецидив болевого синдрома, требующий повторной операции. В 50% случаев причиной болевого синдрома является рецидив грыжи ранее оперированного диска, в 36,6% - грыжа смежного диска и в 13,7% случаев – рубцово-спаечный процесс [4,5].

Для достижения поставленной цели данной проблемы были использованы усовершенствованные ранее известные хирургические методы лечения грыжи поясничных межпозвонковых дисков, разработаны способы профилактики рубцово-спаечного процесса в зоне операции с целью решения данной патологии. Были использованы высокотехнологичные методы диагностики, как, компьютерная и магнитно-резонансная (КТ и МРТ) томографические исследования.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку интраоперационных показателей в исследуемых группах при удалении грыжи поясничного межпозвоночного диска.

Материал и методы исследования. Проведен сравнительный анализ эффективности лечения грыж межпозвоночных дисков на пояснично-крестцовом уровне с использованием микрохирургической, эндоскопической дискэктомии и декомпрессии при стенозе позвоночного канала с ТПФ, проведен анализ интраоперационных показателей, включающий оценку времени операции, объема кровопотери, длины разреза и объема резекции костной ткани.

Микрохирургическая дискэктомия была проведена у 37 пациентов, средний возраст которых $43,4 \pm 1,9$ года, соотношение женщин и мужчин – 15:22. Эндоскопическая дискэктомия была произведена у 31 пациента, средний возраст которых $38,7 \pm 1,7$ года, соотношение женщин и мужчин – 11:20. Декомпрессии при стенозе позвоночного канала с ТПФ у 28 пациентов, средний возраст которых $34,7 \pm 1,6$ года, соотношение женщин и мужчин – 11:17. Возраст пациентов и соотношение полов в группах не имели статистически достоверной разницы, сопутствующая соматическая патология и ее исходная тяжесть были сопоставимы. Все пациенты были обследованы на базе Национального медицинского центра «Шифобахш» с 2015 по 2017 гг., оперированы одной группой хирургов.

Диагноз ставился на основе результатов, полученных при комплексном обследовании, включающем динамический клинико-неврологический осмотр, рентгенографию, КТ, МРТ и электромиографию.

Показаниями для хирургического лечения служили выраженный корешковый болевой синдром, наличие двигательных и чувствительных нарушений, нарушения функций тазовых органов, неэффективность проводимого консервативного лечения в течение четырех и более недель.

Абсолютными противопоказаниями для хирургического лечения являлись спондилолистезы, спондилезы, а также повторные операции на этом же уровне.

Результаты лечения фиксировались как перечисленными методами диагностики (динамический клинико-неврологический осмотр, рентгенография, КТ и МРТ), так и при помощи шкал, которые использовались с целью объективизации динамики таких показателей, как болевой корешковый синдром, боль в области проведенного вмешательства и качество жизни пациента.

Для оценки выраженности и динамики корешкового болевого синдрома использовалась Шкала болевого аудита, оценка и динамика качества жизни пациента производились по Европейскому опроснику качества жизни.

Результаты исследования и их обсуждение. На сегодняшний день хирургические методы, к сожалению, не имеют 100% эффективности. В ряде случаев клиника заболевания обусловлена многими патофизиологическими причинами, и проведение хирургического вмешательства может лишь усилить имеющуюся клиническую симптоматику

У изученных пациентов, оперированных методиками эндоскопической дискэктомии, микрохирургической дискэктомии и декомпрессии при стенозе позвоночного канала с ТПФ, проведен анализ интраоперационных показателей, включающий оценку времени операции, объем кровопотери, длину разреза и объема резекции костной ткани.

В 28 (29,2%) наблюдениях декомпрессия при стенозе позвоночного канала с ТПФ, в 31 (32,3%) наблюдениях микрохирургической дискэктомии и в 37 (38,5%) наблюдениях эндоскопической дискэктомии была выполнена дополнительная резекция костной ткани. Тем не менее, необходимо отметить, что в большинстве случаев удалить грыжу диска удавалось без дополнительного расширения костного окна. Продолжительность операции в двух группах составляла около 1,5 часа, а в третьей более 2,5 часов. Сравнительный анализ выявил, что затраты времени на декомпрессию при стенозе позвоночного канала с ТПФ (175 (90; 115) минут) достоверно выше ($pU = 0,05$), чем на эндоскопическую дискэктомию (90 (72,5; 110) минут). Разница составила один час. Кровопотеря при выполнении в двух методиках вмешательств была незначительной и значимо не различалась, а в третьей группе кровопотеря составила 450 мл. По результатам исследования для выполнения эндоскопической дискэктомии требовался разрез меньшей длины (в среднем на 1,5 см), чем для выполнения операций с использованием микрохирургической техники.

При проведении корреляционного анализа выявлена значимая умеренная непараметрическая положительная корреляция времени операции и кровопотери ($R = 0,43$; $p < 0,05$) при декомпрессии со стенозом позвоночного канала с ТПФ и значимая средняя непараметрическая положительная корреляция времени операции и кровопотери ($R = 0,56$; $p < 0,05$) – при выполнении микрохирургической дискэктомии. В группе эндоскопической дискэктомии такой связи не установлено.

Таким образом, проведенный анализ интраоперационных показателей позволил установить, что продолжительность операции при декомпрессии при стенозе позвоночного канала с ТПФ значимо больше, чем при микрохирургических и эндоскопических; длина разреза значимо меньше при эндоскопической дискэктомии; при проведении всех операций отмечен незначительный объем кровопотери, определена умеренная и средняя положительная непараметрическая корреляция продолжительности операции и объема кровопотери. В большинстве случаев удалить грыжу диска удавалось без дополнительного расширения костного окна: в группе микрохирургической дискэктомии – в 71% случаев, в группе эндоскопической дискэктомии – в 79%, в группе декомпрессии при стенозе позвоночного канала с ТПФ – в 82%.

Список литературы

1. Дестандо, Ж. Эндоскопическая хирургия грыжи поясничного диска: исследование 1562 случаев / Ж. Дестандо // Хирургия позвоночника. - 2006. - № 1. - С. 50–54.
2. Матвеев, В.И. К вопросу об оценке качества жизни больных с поясничной болью / В.И. Матвеев // Актуальные вопросы вертебромедуллярной нейрохирургии: Сб. науч. тр. - Балаково, 2003. - С. 122–126.

3. Педаченко, Е.Г. Эндоскопическая спинальная нейрохирургия: отбор и предоперационная подготовка пациентов / Е.Г. Педаченко, С.В. Куцаев. - Киев, 2000. - С. 65–76.
4. Симонович, А.Е. Сравнительная оценка эффективности эндоскопической дискэктомии по Дестандо и открытой микрохирургической дискэктомии при грыжах поясничных дисков / А.Е. Симонович, С.П. Маркин // Хирургия позвоночника. - 2005. - №1. - С. 63–68.
5. Уоткинс, Р.Г. Прогнозирование исходов хирургического лечения у больных с хронической нетрудоспособностью, обусловленной болью в поясничном отделе позвоночника / Р.Г. Уоткинс // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н. Приорова. - 2002. - № 3. - С. 58–65.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Рашидов Ф.Ш.^{1,2}, Бокиев Ф.Б.², Мухамедова З.Ш.², Бафоева Х.Ф.^{1,2}

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии». Таджикистан

Актуальность. Видеолaparоскопия прочно заняло свое место в абдоминальной хирургии. Обнадеживающие результаты позволяют все шире прибегать к данному методу, как с целью диагностики, так и оперативного вмешательства при кистозных образованиях печени, особенно непаразитарного генеза. До сих пор выполнение лапароскопии при эхинококкозе органов брюшной полости требует осторожности в связи опасением диссеминации паразита [3,4]. Известно, что дополнительные методы, как ультразвуковое исследование, КТ и МРТ не всегда позволяют провести дифференциальную диагностику относительно генеза кист в печени. Отсюда, всегда существует риск обнаружения паразитарной кисты при первично подозреваемой простой кисте. Уточнение показаний и противопоказаний к лапароскопии, диагностическая и лечебная значимость метода при данных патологиях все ещё требует дальнейших поисков. [1,2,5].

Цель исследования. Определение возможностей видеолaparоскопии при хирургическом лечении больных с кистозными образованиями печени.

Материал и методы исследования. Нами за последние 16 лет видеолaparоскопия выполнена 84 больным с кистозными образованиями печен, в частности с эхинококкозом печени 68, с непаразитарными кистами печени 6. Из них в 38 случаях в объеме только диагностики, в 40 – эхинококкэктомии, в – 6 иссечения непаразитарной кисты печени. Возраст больных колебался от 16 до 55 лет. Диаметр эхинококковых кист (ЭК) было от 4 см до 12 см. В 2 наблюдениях до операции данные исследования больше склоняли в пользу простой кисты печени, а операционной находкой была ЭК с тонкостенной хитиновой оболочкой. Во всех остальных случаях расхождение первичного диагноза с операционной находкой не отмечалось. Больные оперированы в плановом порядке после проведения соответствующего обследования. Основным методом диагностики и контрольного обследования было УЗИ, 10 больным произведена компьютерная томография, 8 - МРТ. У всех были исключены признаки нагноения кист, а при эхинококкозе выбирали также одиночные кисты без дочерних пузырей. У 5 больных с ЭК до 5 см до операции определили признаки гибели паразита.

Целью диагностической лапароскопии в 30 случаях была определение оптимального доступа при трудных локализациях ЭК печени. При этом ограничивались наложением одного или двух троакара с последующим переходом на один из вариантов открытого доступа – срединная или подреберная лапаротомия, торакофреникотомия или торакофрениколапаротомия. В 8 наблюдениях попытка эхинококкэктомии из-за выраженного спаечного процесса, трудности обзора во избежание риска диссеминации завершена конверсией.

Некоторые технические особенности видеолaparоскопической эхинококкэктомии печени (ВЛЭП). В основном накладывали 4 троакара (10мм -2 , 5мм-2), в 4 случаях возникла необходимость в наложении 5 (10мм) троакара. Для антипаразитарной обработки использовали 100% глицерин и 96° этиловый спирт, а также 0,5% диоксидин для промывания зоны операции. Троакар для видеосопровождения всегда накладывали на верхней параумбиликальной точке. При правосторонней локализации кист расположение рабочих троакаров было как при холецистэктомии, а при левосторонних - в правом и левом подреберьях по среднеключичной линии, в эпигастральной точке с проведением его слева от круглой связки печени. При кистэктомии все меры профилактики диссеминации паразита строго выполнялись независимо от этиологии кисты, как при стандартной эхинококкэктомии. Обкладывали зону пункции турундами, смоченными 100% раствором глицерина. Во время пункции до вскрытия стенки кисты пользовались двумя аспираторами. После пункции и максимальной аспирации, не вынимая иглу в ¼ объема добытой жидкости в полость кисты последовательно вводили 96° спирт и глицерин, после чего вскрывали капсулу. Дальнейшие манипуляции несколько отличались при паразитарных и непаразитарных кистах. При непаразитарных кистах на границе ткани печени иссекали стенку кисты, и полость оставляли открытой. При ЭК хитиновую оболочку укладывали в контейнер. Остаточную полость дополнительно обрабатывали антипаразитарными растворами. Обнаруженные желчные свищи всегда ушивали. Остаточную полость оставляли открытой, и лишь 5 случаях тампонируют прядью большого сальника. Дренаж брюшной полости оставляли на 3-6 суток.

Результаты исследования и их обсуждение. Осложнения, связанные с проведением видеолaparоскопии, в наших наблюдениях не встречались. Больных после ВЛЭП выписывали на 3-6 сутки. Умеренное желчеистечение в первые дни отмечено в 8 случаях, которое самостоятельно остановилось. Отдаленные результаты изучены у 30 больных в сроки от 6 мес. до 10 лет. Рецидива эхинококкоза не было. У 8 пациентов при контрольном УЗИ выявлено наличие небольшой остаточной полости. Диагностическая лапароскопия перед традиционной эхинококкэктомии печени, оправдано с целью определения оптимального доступа, при трудных локализациях ЭК, особенно при поддиафрагмальной локализации. Данный подход не носил шаблонный характер и всегда был аргументированным. Риск диссеминации паразита при ЭК всегда требует проведения тщательного подбора больных до опера-

ции с уточнением локализации, размеров и характера кист. Основными показаниями для проведения видеолaparоскопической эхинококкэктомии печени считаем локализацию кист в зонах хорошего визуального обзора, которыми являются III, IV, V, VI сегменты. Предпочтительно поверхностное расположение кист без признаков нагноения, кальциноза фиброзной капсулы, прорыва в желчные ходы, диаметром до 10 см. Кроме того, отсутствие общих противопоказаний к видеолaparоскопии и карбоксиперитонеума должны учитываться. На этапе диагностической лaparоскопии окончательно уточняется техническая выполнимость эхинококкэктомии. При малейшем сомнении в благополучном завершении операции следует выбирать лaparотомию, которая не только не умаляет достоинства хирурга, но и снижает известные риски операции. Естественно, эти операции должен выполнять хирург, не только достаточно владеющий техникой видеоэндоскопических вмешательств на органах брюшной полости, но и свободно владеющий техникой традиционных операций при кистах печени.

Выводы. Видеолaparоскопия считается высокотехнологическим методом лечения кист печени любой этиологии. Поскольку данные патологии обычно не требуют травматичных вмешательств на печени, лaparоскопия должна выбираться при любых возможностях, если они не повышают риск диссеминации при паразитарных кистах. Скрупулезное определение показаний, безупречное соблюдение антипаразитарных принципов, грамотное и аккуратное техническое выполнение операции позволяют достигать наилучших результатов.

Список литературы

1. Минимально-инвазивная хирургия эхинококкоза печени // Т.Г. Гульмурадов [и др.] // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2015. - №2. - С. 29-33.
2. Рашидов, Ф.Ш. Лaparоскопическая эхинококкэктомия из печени / Ф.Ш. Рашидов, Ш.Н. Амонов, Ф.А. Туракулов // 4-й межд. конгр. по эндохирургии. -М., 2000. - С. 340-342.
3. Видеолaparоскопическая эхинококкэктомия из печени – первые шаги / Ф.Ш. Рашидов [и др.] // Вестник Авиценны. – 2009. – № 2. – С. 19-23.
4. Шевченко, Ю.Л. Хирургия эхинококкоза / Ю.Л. Шевченко, Ф.Г. Назыров. – М.: Издательство «Династия», 2016. – 288 с.
5. Laparoscopic treatment of hepatic hydatid cysts / R. Seven [et al.] // Surgery. – 2000. - Vol.128, N.1. - P. 36-40.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР ЗАДНЕЙ ЧАСТИ УРЕТРЫ

Ризоев Х.Х., Мираков Р.С., Мираков Х.М., Абдусаматов Р.М., Толибов А.Х.

Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Вследствие интенсивной урбанизации и индустриализации общества отмечается рост заболеваемости стриктурами уретры и в будущем можно закономерно ожидать увеличения количества больных стриктурами уретры в связи с повсеместным распространением эндоуретральных методов лечения по поводу доброкачественных гиперплазий предстательной железы и мочекаменной болезни. Хирургическое лечение стриктур уретры относится к одному из самых трудоемких и до конца не изученных разделов реконструктивной урологии.

На сегодняшний день одноэтапная открытая уретропластика считается эталонным методом лечения стриктур заднего отдела мочеиспускательного канала. Положительные операции наблюдаются в 90 – 95 % случаев. Однако подобная тактика хирургического вмешательства, технически сложна и требует много времени. Отсюда, многие пациенты имеют в анамнезе неоднократные неудачные операции.

Целью настоящего исследования являлось улучшение результатов лечения и качества больных со стриктурой уретры.

Материал и методы исследования. На клинической базе кафедры Урологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино (клинической больницы «Мадади Акбар») за последние 48 мес. 67 больным произведена уретропластика со стриктурой задней части уретры (средний возраст – 38,1 лет). Перед операцией всем больным проведено комплексное урологическое обследование, включающее сбор анамнеза, анкетирование по системам оценки IPSS/QoL, урофлоуметрия, общеклинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, бактериологическое исследование мочи, комплексное ультразвуковое исследование верхних мочевыводящих путей, эхоуретрография, рентгеновская уретрография (ретроградная, микционная и встречная). По показаниям – компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов малого таза и уретры, а также рентгенографии при «встречном бужировании» у пациентов с наличием цистостомы.

Стриктуры и облитерации задней уретры, связанные с переломом костей таза, были у 14(9,4%) больных, после операции на простате, включая ТУР и открытые у 10(6,7%), пост воспалительные – 12(8,1%) больных, ятрогенные у – 6(4,0%), получившие тупые травмы промежности в анамнезе у – 11(7,4%) и идиопатических у 14(9,4%) пациентов. Всем больным была выполнена открытая уретропластика с использованием различных методик в зависимости от тяжести болезни. Все операции осуществлялись только трансперинеальным доступом. При стриктурах уретры протяженностью от 1,0 до 3,0 см и у пациентов не связанных с переломами костей таза, устранение диастаза и натяжение анастомоза было достаточно мобилизацией бульбозного отдела уретры до пеноскротального угла.

При стриктурах более 3,0 см, особенно при переломах костей таза (дистракционного дефекта), задача решалась трансперинеальным доступом при высоком литотомическом положении. С целью предотвращения натяжения и последующей ишемии, зона анастомоза произведена мобилизацией бульбозного отдела уретры до пеноскротального угла, устранение естественной кривизны уретры путем рассечения межжавернозной перегородки и разведения ножек кавернозных тел, а также при необходимости пубэктомии. Моча отводилась уретральным катетером, в надлобковой цистостомии не нуждались, ранее имеющие надлобковые трубки были удалены во время операции. Катетеры были удалены на 14-е и 21-е сутки после операции в зависимости от тяжести операции.

Результаты исследования больных представлены в табл. 1.

№	Классификация	Характеристика	Количество
		Идиопатический	14
		Посттравматический	11
		Воспалительный	12
		Ятрогенный	14
		При переломе костей таза	14
		До 3 см	38
		Больше 3 см	29
		Первичный	42
		Рецидивный	15
		С наличием цистостомы	21
		Без цистостомы	46
		Осложнившимся ИМП	41
		Эректильная дисфункция	28

Средний период наблюдения составил 25 мес. Результат операции оценивался по данным урофлоуметрии, рентгенологического исследования и субъективной оценки.

Результаты исследования и их обсуждение. Протяжённость стриктуры составила от 2-х до 4,5 см. С наличием надлобковой эпицистостомы был 21 больной, ранее оперированные больные по поводу стриктуры – 15 больных.

Положительные результаты анастомотической уретропластики наблюдались у 61 (91,1 %) больного. Ранние осложнения встречались у 6(8,9 %) пациентов, раневая инфекция – 4, уретральная фистула – 2. Отдалённые осложнения: недержание мочи у 4 больных, которые были оперированы на простаты (ТУР простаты – 3 открытая аденомэктомия – 1), рецидив стриктуры развивался у 4 больных с воспалительной этиологии в анамнезе.

Заключение. Открытая уретропластика является высокоэффективным методом лечения стриктуры задней уретры, восстанавливая самостоятельное мочеиспускание. Эффективность зависит от степени натяжения анастомоза, состояния ретроградного кровоснабжения уретры, и адекватного иссечения рубцовой ткани апикальной части. Но улучшение качества жизни зависит от причинных факторов, приводящих к стриктуре, которые ведут к другим проблемам в послеоперационном периоде. Это особенно относится к стриктурам после операции на простату, когда повреждён сфинктерный механизм шейки мочевого пузыря и у определённого процента больных развивается полное недержание мочи.

Список литературы

1. Особенности применения методики анастомотической уретропластики при посттравматических стриктурах бульбомембранозной уретры / А.В. Живов [и др.] // Урология. – 2010. - N5. – P.41-46.
2. Лоран, О.Б. Открытая хирургическая техника в лечении стриктур уретры / О.Б. Лоран, Е.И. Велиев // Материалы Пленума правления Российского общества урологов. - Екатеринбург, 2006. - С. 281-287.
3. Трапезникова, М.Ф. Сравнительный анализ результатов открытых и эндоскопических операций при облитерациях задней уретры у мужчин / М.Ф. Трапезникова, В.В. Базаев, С.Б. Уренков // Урология. – 2004. -N1. –P.47-54.
4. Crane, C. Surgical treatment of post-traumatic distraction posterior urethral strictures / C. Crane, R.A. Santucci // Arch EspUrol. – 2011. - N64(3). – P.219-226.
5. Koraitim, M.M. On the art of anastomotic posterior urethroplasty: a 27-year experience / M.M. Koraitim // J Urol. – 2005. - N173(1). – P.135-139.

МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВОЗДУШНОЙ СМЕСИ ОЗОНА И МАСЛА «ШУКУР МАЙ» В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РАНАХ

Садуов М.А., Макарова Э.А., Кулманова Н.Е.

НАО Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, г.Актобе, Казахстан

Актуальность. Длительные сроки заживления и частые осложнения при традиционном способе лечения гнойных ран под повязками и тампонами, не могут удовлетворить хирургов и заставляют искать новые, более совершенные методы.

Проблема гнойной инфекции занимает в хирургии одно из основных мест и определяет сущность многих заболеваний и послеоперационных осложнений. Больные с гнойно-воспалительными заболеваниями составляют 1/3 всех хирургических больных, большинство операционных больных и операционных осложнения связано с гнойной инфекцией. Отмечаются во всех странах увеличение частоты гнойно-воспалительных заболеваний и послеоперационных осложнений, снижение эффективности лечения их находят объяснение также в быстром увеличении числа штаммов микроорганизмов, устойчивых к воздействию антибактериальных препаратов.

На сегодняшний день одним из высокоэффективных методов лечения гнойных ран является местное использование озона, который наряду с универсальным антибактериальным, оказывает антигипоксантное, антиоксидантное действия, улучшает регенеративные процессы в ране.

Озонотерапия – высокоэффективный метод лечения, обладающий универсальным бактерицидным, противовирусным, фунгицидным действием. Кроме того озон оказывает иммуномодулирующее, антигипоксическое и дезинтоксикационное воздействие, улучшает окислительно – восстановительные восстановительные процессы.

Полифитовый масло «Шукур май» - лекарственное средство, изготовленное из 4 лекарственных растений (свежих корней солодки голой, лопуха большого, ревеня тангутского и листьев крапивы двудомной), обладает противовоспалительным, ранозаживляющим, антиоксидантным эффектами. Экспериментальными исследованиями установлено, что препарат не проявляет токсических свойств и не обладает местно-раздражающим действием, только проявляет противовоспалительный эффект.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с гнойными ранами путем сочетанного использования озono-кислородной смеси и полифитового масла «Шукур май».

Материалы и методы исследования. В данной работе представлены результаты лечения 20 больных (основная группа) с гнойными послеоперационными ранами, абсцессами и флегмонами, гнойным маститом и трофическими язвами нижних конечностей у которых местно использовались проточное «орошение» ран озono-кислородной смесью и повязки масла «Шукур май». Полученные результаты сопоставлялись с данными 19 аналогичных больных, получавших традиционное лечение – вскрытие и обработка гнойного очага, дренирование раны резиновыми полосками с последующим переходом на препараты, стимулирующие некролизис и регенерацию (ферменты, мази, антисептик) с учетом стадии процесса (контрольная группа).

Методика «орошения» озono-кислородной смесью заключается в следующем: после обработки гнойного очага на пораженный участок кожи накладывается увлажненная физиологическим раствором или дистиллированной водой салфетка. На конечность одевается специальный мешок, который имеет два отверстия: одно для подачи озono-воздушной смеси от генератора озона и второе – для сброса избыточного газа в деструктор. Мешок герметично затягивается ремнем. Производится заполнение мешка озonoвой смесью до создания избыточного давления, после чего подключается деструктор и проводится проточная газация. Для очищения ран от гнойно-некротических масс применяют концентрацию начиная с 1 до 20 мг/л (при анаэробной инфекции и гиперинфицированных ранах до 40 мг/л). По мере очищения раневой поверхности и при появлении грануляций, концентрацию озона постепенно снижают и доводят до 2 или 1,5 или 0,8 мг/л. Орошение при низких концентрациях продолжают до полного заживления. Длительность газации – от 10 до 40 минут, и определяется индивидуально. Процедуры орошения осуществляется ежедневно, при необходимости 2-3 раза в день.

Маслянный экстракт «Шукур май» зарегистрирован как фитопрепарат, регистрационный номер РК- ЛС-5-№014855, дата регистрации 11.11.2009г. Полифитовый масло «Шукур май» применяется местно, ежедневно 2-3 раза в день, после орошения ран озонотом

Результаты исследования и их обсуждение. По характеру воспалительных процессов, по возрасту, полу больные основной и контрольной группы были идентичны, что позволило результаты лечения в прямую связывать с эффективностью использованных методов местного лечения.

При оценке результатов лечения учитывалась динамика изменения общего состояния, местных изменений с учетом сроков исчезновения болей и отека, очищения ран от гнойно-некротических тканей и гноя, сроки появления грануляции, полного заживления, продолжительности лечения в стационаре. Эффективность метода оценивались клиническими, бактериологическими исследованиями, а также исследованием pH раневой среды и цитограмм ран.

Бактериологические исследования из ран проведены у всех больных, как в основной, так и контрольной группах. В группах больных с нагноениями послеоперационных ран ведущим этиологическим агентом были грамположительные бактерии – 48%, из них существенное значение имело *St.aureus*. Грамотрицательные бактерии составляли 34%. В меньшей степени выделялись стрептококки – 12%, реже обнаруживались протей и пептококки.

Исходная обсемененность ран была высокой в обеих группах, достигала от 10^6 до 10^8 микробных тел. В основной группе на 1-е сутки лечения в пробах определялось $6,7 \cdot 10^6$ микробных тел, к третьим суткам уровень микробной обсемененности снижалась до $5,5 \cdot 10^3$ м.т., на 5-е сутки лечение микрофлора обнаруживалась только у 47,2% больных в минимальных количествах, равным $4,6 \cdot 10^{1-2}$ м.т. В последующие 7-е и 9-е сутки при посевах вегетации микроорганизмов не отмечалось. У больных контрольной группы, снижение уровня микробной обсемененности ран до $4,5 \cdot 10^6$ микробных тел отмечалось только к 3-м суткам, а к 5-м суткам высевались до $3,8 \cdot 10^5$ м.т. В последующие контрольные сутки эти показатели находилось ниже критического уровня, в частности на 7-е сутки $3,9 \cdot 10^3$, полное отсутствие роста микроорганизма в этой группе проявлялось лишь на 9-10 сутки. (Таблица 1)

Таблица 1. Бактериологические исследования из ран у основной и контрольной группы

Группы \ Сутки	1 сутки	3 сутки	5 сутки	7 сутки
Основная (n-18)	$6,7 \cdot 10^6$ м.т.	$5,5 \cdot 10^3$ м.т.	$4,6 \cdot 10^{1-2}$ м.т.	-
Контрольная (n-18)	$6,9 \cdot 10^6$ м.т.	$4,5 \cdot 10^6$ м.т.	$3,8 \cdot 10^5$ м.т.	$3,9 \cdot 10^3$ м.т.

Исследование pH раневой среды так же подтверждало благоприятное воздействие применения указанного комплекса методов на течение раневого процесса. Выраженный ацидоз, определяемый при исследовании на 1 сутки (pH $5,3 \pm 0,3$), уже на 3 сутки сменялся на компенсированный (pH $7,0 \pm 0,4$), а на 5 сутки раневая среда нормализовалась (pH $7,4 \pm 0,2$) создавая благоприятную среду для образования клеток регенерации. В контрольной группе раневая среда нормализовалась лишь на 11 сутки ($7,4 \pm 0,4$).

Цитологические исследования в динамике проводилось на 1-3-5-7 сутки. В первые сутки лечения (исходное) у всех больных цитограмма характеризовалась скоплением в очаге вочпаления нейтрофильных лейкоцитов, макрофагов. Они практически покрывали все поле зрения и составляли $96,7 \pm 1,8\%$, из них $71,2 \pm 1,3\%$ были дегенеративно измененными клетками с элементами распада, представляющими детрит, частицы которого не имели четких контуров и определенной структуры. Неизмененных полиморфно-ядерных нейтрофилов было всего лишь

10,8±1,2%. Активно фагоцитирующие нейтрофилы составили 22,4±1,3%, т.е. преобладал незавершенный фагоцитоз над завершенным.

На 7-9 сутки у большинства больных в контрольной группе цитологического препарата обнаруживались единичные микроорганизмы. Одновременно с очищением ран от гнойно-некротических тканей и уменьшением количества микроорганизмов снижалась абсолютное число нейтрофилов с 87,3±1,2% до 74,2±1,6%. Количество дегенеративно-измененных форм лейкоцитов уменьшилось с 41,6±1,0% до 16,8-1,4% ($p<0,05$). Неизмененных форм нейтрофилов составил 45,3±0,6% ($p<0,05$). Количество фагоцитирующих лейкоцитов составило 12,4±1,1%.

На 11-13 сутки нетрофильные лейкоциты составили 53,1±1,4%, из них 3,2±0,4%. Увеличилось число неизмененных нейтрофилов до 48,3±0,4%. Увеличивалось число нейтрофилов до 48,3±0,4%. Цитограммы ран в основной группе характеризовались более быстрым уменьшением воспалительных явлений и началом регенеративных процессов, чем в контрольной группе. Об этом свидетельствуют исчезновение дегенеративно измененных лейкоцитов, увеличение число полибластов до 14,9±1,4% появлением профибробластов до 20,6±1,4%.

Выводы. Таким образом, динамика цитологической картины раневого процесса соответствовала клиническому течению процесса и динамике изменений показателей pH раневой среды, что позволяло объективно судить об эффективности проводимого лечения. Комплекс воздействий озона и полифитового масла «Шукир май» на течение гнойных ран способствует быстрому очищению ран от гноя и микробов, устранению гипоксии, ускоренную регенерации ран, укорочению сроков заживления гнойных ран по сравнению, с контрольной группой, а также сокращает сроки пребывания пациентов в стационаре.

Сочетанное использование метода проточного «орошения» озono-кислородной смесью и полифитового масла «Шукир май» озона является эффективным во всех фазах течения гнойных ран, существенно сокращает сроки ее заживления и улучшает результаты лечения. Метод прост, не требует значительных экономических затрат, поэтому доступен для широкого круга лечебных учреждений.

Список литературы

1. Кенжекулов К.К. Новые подходы к лечению гнойных ран // Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. LIV-LV междунар. науч.-практ. конф. № 4-5(49). – Новосибирск: СибАК, 2016. – С. 114-121.
2. Мадыкенов О.М. Хирургические инфекционно-гнойные заболевания // Алматы 2012; 249 стр.
3. Винник Ю.С. Современные методы лечения гнойных ран / Ю.С. Винник, Н.М. Маркелова, В.С. Тюрюмин // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 1. – С. 18–24.
4. Магомедов А.Р. Новый способ лечения гнойных ран / А.Р. Магомедов, А.А. Стадинков, О.Б. Пузова // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2012. – № 4. – С. 205–208.
5. Шабловская Т.А. Современные подходы к комплексному лечению гнойно-некротических заболеваний мягких тканей / Т.А. Шаболовская, Д.Н. Панченков // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2013. – № 4. – С. 498–508.

РОЛЬ ОСТЕОДЕНСИТОМЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН

Садуов М.А., Закирова А.И., Сисенова Ж.А.

Кафедра скорой неотложной медицинской помощи НАО Западно-Казахстанский медицинский университет имени М. Оспанова. г. Актобе, Казахстан

Актуальность. На заре третьего тысячелетия предоставляется возможность заниматься активным образом жизни всем людям, при этом сюда относятся с различными нарушениями опорно-двигательного аппарата. Но в зависимости от функционального состояния опорных тканей организма нам не удастся достичь определенных показателей пластичности, мобильности, движений без ограничений. Иногда сама скелетная ткань нам подсказывает о своей неспособности к движению в пространстве. Тогда и задаем себе вопрос, почему и как получена травма, увечье или просто оступился!? Дабы не возникали эти вопросы, в основном нарицательного характера, мы пытались подойти к раскрытию, а может быть и свести к минимальному диагностическому критерию по диагностике внутренних структурных изменений в костной ткани.

Представления о роли денситометрии в диагностике остеопороза в современной медицине интерпретируется настоящим «золотым стандартом», что даёт точную внутреннюю картину структуры костей и минерализацию плотности костной ткани.

Денситометрия имеет многочисленные достоинства в плане выявления структуры костной ткани и ее визуализации, что может быть доказательством по рассмотрению и представляет собой интересный факт подачи внутреннего мира кости. Актуальность изучения остеоденситометрии связана с тем, что человек встречается с фактором повышенного поражения остеопорозом. Возрастные изменения в плотности костей наиболее изучаемая область науки интересующая рентгенологию и травматологию. Окончательный диагноз остеопороза к сожалению ставится тогда, когда больной с диагнозом скрытого остеопороза уже находится на больничной койке отделения травматологии.

Остеопороз приводит к снижению минеральной плотности костной ткани и часто сопровождается переломами при травме. Заболевание является одной из часто встречающихся проблем женской патологии в возрасте старше 40 лет. По последним данным ВОЗ в Республике Казахстан 60% - женщин страдают от остеопении, 35% от остеопороза в различной степени тяжести. В исследовании интенсивность остеосинтеза у женщин оценивалась методом остеоденситометрии с помощью которого исследование позволяет женщинам определить частоту и тяжесть остеопороза.

Цель исследования. Используя параметры остеоденситометрии, провести диагностику и определить плотность костной ткани у женщин.

Материал и методы исследования. Исследовательская работа проводилась с января по май месяц 2019 года на базе клиники "Senim" г. Актобе. В исследовании участвовали 77 женщин в возрасте от 20 до 84 лет. Пациенты были разделены на 3 возрастные группы (по данным Ополонского Д. В. и соавторов 2017 г.). 1 группа-до 40 лет (n=10;13%), 2 группа - до 41-60 лет (n=38;49,4%), 3 группа-старше 60 лет и выше (n=29;37,6%). По данным И. А. Скрипниковой, в ходе исследования мы оценили уровень минерализации трубчатых костей по T-критерию и Z-критерию. Данные обрабатывались по программе Statistica-10.



Рисунок 1. - Аппарат рентгеновской денситометрии

В ходе исследования оценивался T-критерий и Z-критерий проксимального отдела трубчатых костей, в качестве маркера диагностируется шейная часть кости «Neck» и проксимальный конец кости «Total Hip».

В начале из всех возрастных групп были отобраны пациенты, которые не имели:

1. В анамнезе малейших травм
2. Заболевания костной системы
3. Пациенты принимающие глюкокортикоиды и гормональные препараты.

Материалом для диагностики использовались чек-листы пациентов в виде снимка (Рисунок-2).

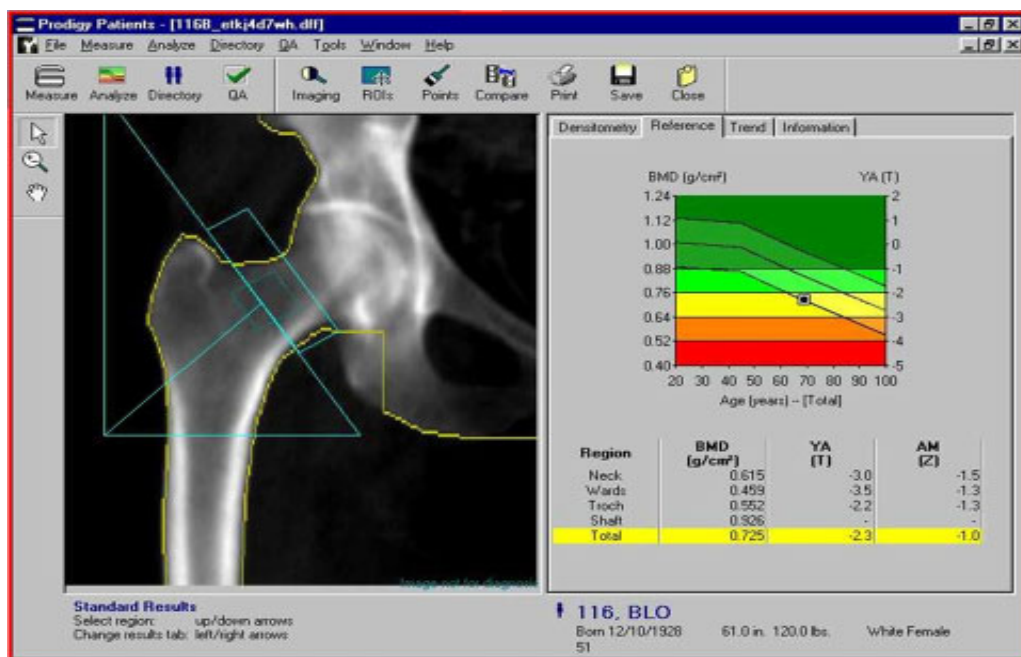


Рисунок 2. - Рентгеновский снимок аппарата денситометрии

Результаты исследования и их обсуждение. По показателям остеоденситометрии остеопороз (T-критерий <-2,5) выявлен у 10 женщин (13%), остеопения (T-критерий -1 и -2,5) у 24 женщин (31,2%), умеренные показатели (T-критерий >-1) у 43 женщин (55,8%). Остеопения у 1 группы, умеренные показатели у 9 пациентов; остеопороз у 1 группы, остеопения у 12 пациентов, умеренные показатели у 25 пациентов; остеопороз у 9 пациентов в 3 группе, остеопения у 11 пациентов, умеренные показатели у 9 пациентов (Рисунок - 3).



Рисунок-3

Выводы. По данным ВОЗ принято остеоденситометрию при измерении минеральной плотности костей сделать «золотым стандартом». По результатам исследования, показатели остеоденситометрии выявили у некоторых женщин остеопению у остальных остеопороз. 2-группа остеопороз обнаружен только у одного пациента, но у 12 пациентах обнаружена остеопения. С помощью остеоденситометрии можно диагностировать остеопороз у женщин более 40 лет без вреда для здоровья, метод очень прост в использовании и не требует инвазивного внедрения. Ссылаясь на данные остеоденситометрии лечащему врачу и пациенту можно придумать костные переломы костей таких как, верхние конечности, тазовая кость и позвоночник. Общая видимость диагностики остеопороза определить внутреннюю структуру кости и дать точный ответ на какой стадии остеопороза находится сама кость.

Список литературы

1. Максимова, Д.Ж. Актуальность проблемы постменопаузального остеопороза Д.Ж. Максимова // *Medicine / Almaty*. - 2017. - №6. - С.76-79.
2. Скрипникова, И.А. Возможности костной рентгеновской денситометрии в клинической практике (Методические рекомендации) // И.А. Скрипникова, Л.А. Щеплягина. – 2010. - С. 23-35.
3. Факторы, связанные с лечением остеопороза у женщин в постменопаузе / Lia Mara Montagner Rossi [et al.] // *Melissa OrlandinPremaor*. - 2018. – С.7.
4. Руденко, Э.В. Динамика прироста минеральной плотности кости в течение длительного приёма биофосфонатов // Э.В. Руденко, А.Ю. Масло, О.Ю. Самоховец // *Остеопороз и остеопатии*. – 2016. - №2. – С.81-84.

ОЗОН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Саидов К.М., Набиев М.Х., Боронов Т.Б.

Кафедра общей хирургии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Синдром диабетической стопы встречается в разных формах у 30-80% больных с сахарным диабетом (СД) [1]. Основным фактором в патогенезе синдрома диабетической стопы является инфекция. Еще более ухудшается кровообращение, когда инфекция связана с микро- и макроангиопатиями. Присоединение гнойных процессов обуславливают склонность к быстрому распространению и формированию обширных зон некроза в сочетании с декомпенсацией углеводного баланса [2]. В течение последнего десятилетия цель лечения больных с СД кардинально изменилась. Медикаментозные методы лечения в дополнение к немедикаментозным помогают достичь целевого уровня глюкозы в крови. Нет препарата, который бы действовал одновременно на все механизмы, лежащие в основе развития СД 2 типа [3].

Озонотерапия, вмешиваясь в патогенез СД и его осложнений, действует на основные звенья этих страданий. Эффективно корректирует эти нарушения благодаря влиянию на метаболический, иммунный статус, стимуляцию утилизации глюкозы, антиоксидантную активность крови (бактерицидное и фунгицидное действие), перекисное окисление липидов, уменьшает спазм артериол, улучшает скорость кровотока, а также реологию крови и оксигенацию тканей. [4, 5] Озонотерапия является альтернативой, которая помогает снизить дозы лекарств, уменьшает боль и воспаление, повышает иммунитет, что приводит к улучшению качества жизни пациентов [5]. Настает время для полного введения озонотерапии в фармацевтические науки, которая отвечает всем требованиям качества, эффективности и безопасности, а не только в качестве альтернативного подхода[6].

Цель исследования. Оценка эффективности применения озонотерапии в комплексном лечении больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы.

Материал и методы исследования. В основе данного исследования анализируются результаты клинического наблюдения и лечения 196 больных с осложненными формами СДС, госпитализированных в отделение гнойно-септической хирургии ГУГМЦ №3 г. Душанбе, в период с 2015 по 2019 годы.

В первую, основную группу, вошли 95 (48,5%) больных, которые дополнительно к стандартному лечению применяли внутривенное введение озонированного физиологического раствора с концентрацией озона в растворе 2,0 мг/л в количестве 200 мл, 3 раза в неделю, 8-10 процедур. Соответственно, пациенты обеих групп были сопоставимы по возрасту, анамнестическим данным, осложнениям СД 2 типа. При наличии гнойного процесса, после очистки раны от гноя раствором декасана, обрабатывали газовую смесь с концентрацией озона 80-100 мг/л, 2-3 раза в неделю, 8-12 процедур, с длительностью 30 минут. Озонирование проводили 0,9% физиологического раствора непосредственно перед использованием путем барботажа раствора озono-кислородной смесью, до получения концентрации озона в жидкости 2,0 мг/л в количестве 200 мл.

Вторую, контрольную группу составили 101 (51,5%) пациент, находившихся в этом же отделении. Этим больным проведено традиционное лечение. Среди них мужчин было 148 (75,5%), женщин – 48 (24,5%). Средний возраст больных в контрольной и основной группах составил $60,2 \pm 0,9$ и $60,3 \pm 0,8$ года соответственно.

Тип, тяжесть течения и стадия СД были определены согласно классификации ВОЗ (1985). При определении тяжести гнойно-некротического поражения местных тканей мы использовали классификацию F.W. Wagner. СД 1-го типа выявлен у 15 (7,6%), СД 2-го типа у 181 (92,4%), у 7 (3,6%) больных СД был выявлен впервые. СД в стадии субкомпенсации выявлен у 64 (32,7%) и в стадии декомпенсации - у 132 (67,3%) больных. Продолжительность СД составила $8,6 \pm 1,38$ у основной и $10,0 \pm 1,42$ у контрольной группы, причем большую часть составили больные с диабетическим анамнезом от 6 до 20 лет – 153 (78,1%).

Лечение проводили при консультации эндокринолога и назначении соответствующей терапии, при необходимости учитывая стадию хронической почечной недостаточности, метаболические и электролитные нарушения.

Обсуждение и выводы. Анализ результатов лечения 95 больных показал, что у 53 пациентов (53,7%) было значительное улучшение показателей, у 27 пациентов (28,4%) было заметное улучшение, 9 пациентов (9,5%) отмечали незначительное улучшение, у 6 пациентов (6,3%) - без улучшений. Результаты лечения пациентов I группы: у 78 (82,1%) пациентов наблюдалось уменьшение воспалительных явлений вокруг ран на протяжении 5-6 суток, к 7-10 суткам указанные явления исчезали практически полностью. Во II группе - у 87 (86,1%) пациентов соответствующие явления исчезли через 17-21 сутки.

Нами изучена динамика клинических показателей активности раневого процесса у пациентов обеих группы. Отмечено, что на 4-5 сутки лечения у 78 больных основной группы проходили болевые ощущения, на 5-6-й день уменьшался отек, гиперемия тканей вокруг раны и гноетечение. На 10-11-й день лечения раны очищались от гнойно-некротических масс и параллельно наблюдался рост грануляционной ткани, на фоне которого на 15-16 сутки отмечалось начало развития краевой эпителизации.

В то же время у 54 больных контрольной группы сохранялись болевые ощущения, отек, гиперемия тканей вокруг ран и гноетечение (табл. 1). Из таблицы следует, что положительная динамика клинических проявлений ГНП в основной группе опережает таковые по сравнению с контрольной группой, в среднем на 5-6 дней.

Таблица 1

Динамика клинических проявлений ГНП (M±m)

Показатели	Сроки уменьшения или исчезновения симптомов в сутках	
	Контрольная группа (n=101)	Основная группа (n=95)
Улучшение общего самочувствия	6,5±1,2	4,0±0,7
Нормализация температуры тела	3,6±1,3	3,2±1,2
Купирование болей	8,9±0,5	4,3±0,8
Исчезновение отека и гиперемия вокруг раны	9,0±1,3	5,0±1,2
Гноетечение	12,4±2,0	10,6±1,8
P	<0,05	<0,05

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни).

После проведения комплексной терапии на 10-е сутки в основной группе отмечается снижение частоты высеваемости стафилококков и энтеробактерий на 21,74% и 30,44% соответственно по сравнению с контрольной группой. Необходимо отметить, что в основной группе к одному и тому же сроку снижение степени обсемененности ран микроорганизмами составило $10^{2,53}$ по сравнению с исходной, а в контрольной группе этот показатель составил $10^{1,38}$, то есть процесс деконтаминации ран в основной группе почти в 1,5 раза происходит быстрее, чем в контрольной.

Таким образом, применение внутривенной и местной озонотерапии (озono-кислородной терапии) высоко эффективно в комплексном лечении больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы, что позволяет уменьшить частоту выполнения оргоаноносящих операций, сократить средние сроки стационарного лечения.

Список литературы

1. Максимов В.А., Куликов А.Г., Киселева О.М., Щербина Т.М. Использование озона в комплексном лечении осложнений сахарного диабета // Озон и методы эфферентной терапии в медицине. Н.Новгород, 2000. С. 94.
2. Винник Ю.С., Салмина А.Б., Теплякова О.В. и др. Комбинированная озонотерапия в лечении инфекционных заболеваний мягких тканей у больных сахарным диабетом // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2015. № 2. С. 63-69

3. Паньков В.И. Цукровий діабет 2-го типу: як уникнути помилок і підвищити ефективність лікування // Міжнародний ендокринологічний журнал. 2013. № 4. С. 79-84.
4. Павловская Е. Е. Озонотерапия сахарного диабета: Автореф. дис.... к. мед. наук. Нижний Новгород, 1998. 24 с.
5. Schwartz A, Kontorchnikova C, Malesnikov O, Martinez-Sanchez G, Re L. Guía para el uso médico del ozono: fundamentos terapéuticos e indicaciones. - Madrid: Asociación Española de Profesionales Médicos en Ozonoterapia, AEPROMO, 2011. 315 p.
6. Zanardi I, Borrelli E, Valacchi G, Travagli V, Bocci V. Ozone: A Multifaceted Molecule with Unexpected Therapeutic Activity // Curr Med Chem. 2016;23(4):304.

СОЧЕТАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ: ВЗГЛЯД НА ХИРУРГИЧЕСКУЮ ТАКТИКУ (ОБЗОР)

Сайдалиев Ш.Ш., Назаров Ш.К., Мавджудов М.М., Нажмудинов Ф.Н.

Кафедра хирургических болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Сочетанные осложнения язвенной болезни (СОЯБ) - одновременное развитие два или более осложнений гастродуоденальных язв (прободения и кровотечения; двойного расположения язв; сочетание прободения язвы или кровотечения с переходом язвенного процесса в близлежащие соседние органы; сочетание прободения или кровотечения с сужением пилородуоденального канала; сочетанием всех осложнений – прободения, кровотечения, пенетрации и сужения) [3], наблюдаются у 52-71% пациентов с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [2]. Наиболее часто склонны к развитию аналогичных осложнений язвы пилородуоденального канала. Такие осложненные язвы отмечаются у 44,5-79% оперированных больных [4], при том вышеуказанно расположенные язвы сохраняют устойчивость к проведенной противоязвенному лечению, также склонностью к упорному повторному развитию болезни, и в конце приводят к сужению пилородуоденального перехода, пенетрацией в близлежащие органы, перфорацию, кровотечению и другим вариантам комбинации этих осложнений [1,5].

По сведениям некоторых авторов, частота встречаемости сужения пилородуоденального канала с кровотечением составляет 3,4-29,6%, с прободением -2,6-19%, пенетрацией в соседние органы 17-49% случаев [2].

Из часто встречаемых СОЯБ наиболее опасностью представляют сочетания пилородуоденального стеноза с urgentными осложнениями: кровотечением или перфорацией [3]. По данным публикации последних годов, возможно, при таком раскладе сил хирурги чаще сталкиваются с особым вариантом агрессивных гастродуоденальных язв, которые напоследок приводят к развитию одноmomentно нескольких осложнений.

В связи с тем, что проблема выбора оперативного лечения СОЯБ вплоть до сегодняшнего дня остается сложным и дискуссионным, она, скорее всего, обусловлено малоизученностью вопросами механизма развития заболевания и последующим исходом их хирургического лечения.

На рубеже XXI века в ведущих гастроэнтерологических клиниках мира больным с СОЯБ (хеликобактер-положительных) предлагают паллиативные операции с последующей эрадикационной терапией [4]. По мнению ряда исследователей, такой способ терапии пациентов является недостаточно обоснованной в хирургическом лечении больных с СОЯБ желудка и ДПК. Однако, в настоящее время считаем, паллиативные операции у пациентов с СОЯБ должны применяться только для спасения жизни пациента на основании прогностических критериев высокого риска смертельного исхода. Оперативные вмешательства должны преследовать цель более радикального вмешательства, направленного на профилактику повторных заболеваний и при этом сохраняя высокий уровень качества жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде.

К тому же следует отметить, что не стоит недооценивать последние достижения современной терапевтической гастроэнтерологии в усовершенствовании нехирургических способов лечения заболевания. До настоящего времени весомые результаты хирургической гастроэнтерологии в лечении осложнений язвенной болезни, достигнуты за счет использования высокоэффективных антисекреторных лекарств, а также антихеликобактерной терапии. Тем временем, судя по публикациям большинства хирургов, смертность после резекции желудка по неотложным показаниям составляет 9,4-47%, несостоятельность швов культи ДПК наблюдается у 3-19% больных с летальностью до 30% и более [5], выраженные функциональные и органические изменения с инвалидизацией пациентов, развитие постгастрорезекционных синдромов от 10 до 70% [1]. Несмотря на низкую частоту повторных язв (3-5%) резекция желудка в терапии ЯБ остается только ценной исторической реальностью (высокая послеоперационная смертность при неотложных вмешательствах достигает 20%, большая частота пострезекционного синдрома-16-26%, увеличение частоты заболеваемости раком культи желудка через 10-15 лет в 6 раз по отношению к общей популяции населения). Приведенные критерии намного ухудшают качество жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде и не отражают современное стремление оперативных вмешательств при этой патологии.

Используемая оценка вариантов оперативных вмешательств по балльной шкале Visick выгодно дифференцирует органосберегающие вмешательства от различных модификаций резекций желудка. По сообщениям отдельных авторов ([13] выгодную интегративную оценку по видоизмененной шкале D.Johnston получили органосберегающие вмешательства (146,3-360,7 баллов). И намного худшие показатели оказались после различных модификаций резекций желудка (488,2-1212,8 баллов). На основании полученных индексов D.Johnston резекция желудка по модификации Ру имели предпочтение перед резекцией желудка по Бильрот-II, возможно, за счет отсутствия рефлюкс - гастрита, значительно ухудшающего трудоспособность пациентов. Резекция желудка по Бильрот -II по индексу того же D.Johnston была почти десятикратно хуже, чем после варианта проксимальной желудочной ваготомии в различных вариантах [4].

Социальная реабилитация после резекции желудка протекала намного хуже по сравнению с проксимальной желудочной ваготомии и ее модификациями, после которой отмечено переход на легкую работу у 2 (5,0%) боль-

ных в ($p \leq 0,05$). Такой сравнительный анализ хирургического лечения у больных с СОЯБ имеет также научно - практическое значение, что способствует снижению процента смертности, улучшению качества жизни пациентов и отдаленных результатов.

Частота послеоперационной смертности при СОЯБ достигает 34% [5], а у больных с высокой степенью хирургическо-анестезиологического риска, тяжелой кровопотерей при повторном кровотечении в хирургических клиниках достигает 50-80% [3]. Причины столь неудовлетворительных результатов терапии связаны в первую очередь с несвоевременным распознаванием этих грозных осложнений, отсутствием единой тактики ведения данной категории пациентов и концепции выбора метода и сроков хирургического лечения. Однако следует отметить, что лишь отдельные квалифицированные специалисты-хирурги владеют более или менее значительным навыком лечения этой непростой категории пациентов.

Судя по мониторингу мировой литературы, последние годы имеются единичные сообщения о СОЯБ. В большинстве случаев они часто носят описательный характер, без учета топического расположения процесса, анализа особенностей клинических проявлений и патогенеза гастродуоденальных язв, с отсутствием единой концепции лечебно-диагностического характера тактики, что обуславливает актуальность заболевания [4].

Суммируя опубликованные материалы большинства авторов, при том из множество количества факторов, влияющих на выбор метода неотложных вмешательств пациентов с комбинацией острых и хронических осложнений язв, учёными принимаются во внимание 6 основных критериев:

- Степень характера воспалительно-инфильтративных изменений в проекции язвенной ниши;
- Продолжительность язвенного анамнеза;
- Характер геморрагии по эндоскопической классификации J.Forrest;
- Степень тяжести кровопотери;
- Распространенность перитонита;
- Степень обсеменённости слизистой *Helicobacter Pylori*.

Вышеуказанные критерии у пациентов с СОЯБ желудка и ДПК считаются очень важными. Между тем, ориентируясь именно на них, необходимо выбрать оптимальный вариант хирургической тактики индивидуально для каждого больного. Также наиболее важным звеном в этих случаях остается принцип выбора более рационального способа хирургического вмешательства.

Список литературы

1. Тактика хирурга при сочетанных осложнениях язвенной болезни / В.А. Авакимян [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. - 2017. - №24(6). - С. 7-11.
2. Антонов, О.Н. Лечебно-диагностическая тактика при сочетанных осложнениях язвенной болезни: автореф. дисс... док. мед. наук / О.Н. Антонов. – Москва, 2015. - 33с.
3. Сочетанные осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение / С.Ф. Багненко [и др.] // Вестник хирургии им .И.И. Грекова. -2009. – Т. 106, №6. - С.12-15.
4. Хирургическое лечение постбульбарных язв, осложненных стенозом / Д.М. Кадыров, Ф.Д. Кодиров, Д.М. Курбонов, Х.Ш. Косимов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. –2010. – №5. – С. 42-46.
5. Курбонов, К.М. Органосохраняющие методы операций при перфорации гастродуоденальных язв, сочетающихся пенетрацией и стенозом / К.М. Курбонов, Ф.Ш. Сафаров, М.Г. Хамидов // Вестник Авиценны. – 2010. - №2. - С.26-28.

РОЛЬ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В РАННЕМ ВЫЯВЛЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Сайфутдинова М.Б., Мансуров Ф.С., Али-Заде С.Г.

Кафедра онкологии и лучевой диагностики ТГМУ им. Абуали ибни Сино
ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗСЗН РТ
Согдийский областной онкологический центр. Таджикистан

Злокачественные новообразования репродуктивной системы (ЗНОРС) – рак молочной железы и гинекологические опухоли составляют 35,5% от всех злокачественных опухолей у женщин [1, 4]. Несмотря на внедрение новейших технологий и достигнутые успехи в лечении злокачественных новообразований женской репродуктивной системы, неутешительными остаются показатели 5-летней выживаемости: 30-35% [2].

В Республике Таджикистан стандартизированный показатель заболеваемости ЗНОРС в 2010 г. составил 30,6 на 100 тыс. населения, что на 25,9% выше такового в 2002, а показатель смертности от этой патологии за тот же период вырос в 1,5 раза и составил 14,0 на 100 тыс. населения. Неутешительные статистические данные определяют профилактику и раннюю диагностику злокачественных новообразований органов репродуктивной системы, как приоритетное направление в здравоохранении Таджикистана [3]. Проведение санитарно - просветительной работы среди населения, а также повышение онконастороженности врачей общей лечебной сети является одним из важных звеньев профилактических мероприятий, которая включает в себя несколько направлений.

1. Просвещение жителей о возможностях и путях снижения онкологической заболеваемости и смертности.

Важным моментом этого аспекта помимо базовых знаний о фоновых заболеваниях и ранних признаках рака, является акцентирование на ошибках, связанных с поведением самих женщин, обусловленное уклонением от профилактических осмотров, отказов от дообследования и своевременного лечения. Также мы считаем необходимым, приводить показатели излеченности и благоприятного исхода при своевременном обращении за специализированной медицинской помощью для преодоления неверия и победу над страхом перед злокачественным новообразованием.

2. Разработка специальных просветительных и воспитательных проектов, адаптированных к региону, а также создание общественных противораковых организаций.

Подобного рода проекты позволят не только проводить воспитательную работу о необходимости здорового образа жизни, правильного питания, важности физической активности, искоренения вредных привычек, но и уделить внимание на местные экогенные канцерогенные факторы (повышенная инсоляция, особенности минерального состава почвы, воды и т.д.), и разработать комплекс мероприятий, направленных на нейтрализацию.

В свою очередь, цель воспитательных проектов будет заключаться в обучении женщин технике самообследования молочных желез, санитарно-гигиеническим навыкам, а также просветительной работе о вирусозависимом раке шейки матки и факторах риска по заболеваниям органов репродуктивной системы.

3. Повышение уровня онкологической настороженности у врачей первичной лечебной сети.

С целью снижения доли врачебных ошибок, обусловленными запоздалой диагностикой, выполнением радикальных операций, необходимо систематическое проведение курсов усовершенствования и повышения квалификации врачей общей практики, а также гинекологов по специальности онкология. Активное внедрение в учебный процесс, лекций, освещающих основные направления противораковой борьбы.

4. Тесное сотрудничество со средствами массовой информации.

Противораковое просвещение в общественном масштабе невозможно без СМИ. С этой целью необходимым является регулярное размещение информации на страницах газет, журналов, выступлений по радио и в телепередачах, а также распространение буклетов, которые должны быть не только доступными для понимания, но и привлекательными по содержанию и форме, что играет немаловажное значения для населения.

5. Противораковое просвещение относительно шарлатанов, народных целителей и средств нетрадиционной медицины.

Залогом для успешного лечения и благоприятного исхода онкологического заболевания является своевременное обращение пациента за специализированной медицинской помощью. Очень часто больные тратят драгоценное время и применяют в лечении средства нетрадиционной медицины, различные заговоры, тепловые процедуры, широко прибегая к услугам так называемых «народных знахарей». Это является одной из причин высокого процента запущенности онкологических больных на момент установления диагноза, когда упускается момент, и резко сокращаются шансы больного на излечение. Немаловажная роль должна отводиться активной пропаганде возможностей современных методов лечения рака и высоких показателях благоприятного исхода заболевания при своевременном обращении в профильные учреждения, с демонстрацией клинических примеров.

Подводя итог, хотелось бы отметить важный постулат медицины «болезнь легче предупредить, чем лечить» и санитарно-просветительная работа среди населения является главным аспектом в этом направлении. Несмотря на современные инновации в диагностике и лечении онкологических заболеваний, скрининговые программы, всесторонние усилия врачей, показатели заболеваемости и смертности от рака невозможно снизить, пока население не будет информировано, воспитано и обучено.

Список литературы

1. Аксель, Е.М. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы в России / Е.М. Аксель // Онкогинекология. -2015. - №1. - С. 6 – 15.
2. Акуленко, Л.В. Клиническая лекция о наследственном раке органов женской репродуктивной системы / Л.В. Акуленко. - Москва, 2012. – С. 2-5.
3. Умарова, С.Г. Злокачественные новообразования органов репродуктивной системы многожавших женщин Таджикистана: автореф. ... док. мед. наук / С.Г. Умарова. – Душанбе, 2014. – 46с.
4. Cancer incidence and mortality patterns in Europe / J.Ferlay [et al.] // European Journal Cancer. - Vol.49. – P. 1374 – 1403.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КИСТОЗНЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Салимов Д.С., Достиев А.Р., Али-Заде С.Г., Боймуродов О.С.

Кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Эхинококкоз был известен людям с древних времен, но только в конце 18-го века, когда он был назван в первых исследованиях [1]. *Echinococcus granulosus* является одним из представителей рода *Echinococcus* семейства Taeniidae. *E. granulosus* и вместе с альвеолярным эхинококкозом, вызываемым *Echinococcus multilocularis*, ответственны за большинство эхинококковых инфекций человека [2].

Echinococcus granulosus - небольшой ленточный червь во взрослой форме, редко достигающий 7 мм в длину. Ленточный червь состоит из головы (или *сколекса*) и тела (или *стробила*) с 3 или 4 проглоттидами. Последний несет зрелые яйца. Проглоттиды содержат как мужские, так и женские органы и служат репродуктивными единицами. В зрелой форме *E. granulosus* паразитирует в кишечнике плотоядных животных (например, лис, волков или собак), и когда его яйца выделяются с фекалиями, начинается биологический жизненный цикл. Яйца, содержащие онкосферы (эмбрионы), выбрасываемые в окружающую среду, могут проглатываться промежуточными хозяевами (в основном копытными животными) или людьми (аберранными хозяевами). После проглатывания яйца перевариваются, и личинка онкосферы проникает через стенку тонкой кишки в кровеносную систему. Следовательно, онкосферы могут получить доступ к любому органу, но большинство достигает и образует кисты в печени и легких, начиная с стадии метацестода (стадии развития между онкосферой и взрослой формой). Кистозный эхинококкоз чаще всего поражает только один орган, образуя одиночную кисту. Жизненный цикл *E. granulosus* завершается, когда промежуточный хозяин съедается окончательным хозяином [3]. Рост метацестода

и образование кисты - это начало хронического заболевания, называемого кистозным эхинококкозом или гидатидозом [2].

Кистозный эхинококкоз представляет собой зооноз с глобальным географическим распространением. В эндемичных районах, таких как Южная Америка, Африка или Центральная Азия, заболеваемость кистозным эхинококкозом может достигать нескольких десятков случаев на каждые 100 000 человек. В Польше общий показатель заболеваемости всеми видами эхинококкоза в 2012 году составил 0,073 на 100 000 человек. Заболевание встречается в основном в сельской местности, причем самые высокие показатели заболеваемости наблюдаются в северо-восточной части Польши [5].

Хирургическое удаление гидатидных кист является наиболее важным методом лечения инвазии *E. granulosus* - смертность колеблется от 2,0% до 4,0% в правильно диагностированных и пролеченных случаях. Тем не менее, он увеличивается до 11,4% - 22,3%, когда результат лечения плохой или возникают осложнения [4].

Цель исследования. Представить результаты лечения пациентов с кистозным эхинококкозом печени.

Материал и методы исследования. В период с 2011 по 2019 год в отделении общей хирургии ГКБ №5 были госпитализированы 119 пациентов из-за симптоматических кист *Echinococcus granulosus* печени. Когорта состояла из 73 (61,4%) женщин и 46 (38,6%) мужчин в возрасте от 31 до 72 лет. Наиболее типичными симптомами были боль (82,3%) и чувство сытости или дискомфорт в верхней части живота (65,1%). Кроме того, 54,9% пациентов жаловались на тошноту. Механическая желтуха наблюдалась у 35,8% пациентов. Гепатомегалия наблюдалась при клиническом осмотре у 74,6% пациентов. До резекции 80,7% пациентов получали антигельметическую терапию (альбендазол).

Диагностический протокол включал в себя визуализационные исследования, то есть УЗИ и компьютерную томографию живота. Образцы крови, где они использовались для проведения последовательного иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием антигена Em 2 plus, а также полимеразной цепной реакции (ПЦР) для выявления *E. granulosus*.

Из 119 пациентов с диагнозом гранулярного эхинококкоза, 2 (1,7%) были исключены из хирургического лечения из-за внутрибольничных осложнений - у 1 пациента был геморрагический инсульт, а у второго развился инфаркт миокарда. Остальные 117 (98,3%) пациентов лечились хирургическим путем. Детали хирургического лечения пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1. -Типы операций

Процедура	Пациенты
Правая гемигепатэктомия	40
Левая гемигепатэктомия	19
Бисегментэктомия	21
Неанатомическая резекция печени	28
Перецистэктомия	7
Лапаротомия и биопсия	2

Правую гемигепатэктомию проводили у 40 (34,2%) пациентов, левую гемигепатэктомию у 19 (16,2%) пациентов и бисегментэктомию у 21 (17,9%) пациента. Другие оперативные процедуры включали: неанатомическую резекцию печени у 28 (23,9%) пациентов, цистоперистэктомию у 7 (6,0%) пациентов и лапаротомию с биопсией, взятой для гистопатологического исследования (неоперабельные поражения) у 2 (1,7%) пациентов.

Основные послеоперационные осложнения возникли у 4 (3,4%) пациентов, в том числе у трех с билиарной фистулой, требующей эндоскопического лечения, и у одного с субдиафрагмальным абсцессом, успешно пролеченного чрескожным дренажом под ультразвуковым контролем. Ни один из пациентов не умер в послеоперационном периоде, при этом выживаемость в течение 1, 5 и 10 лет составила 100,0%, 90,9% и 87,9% соответственно.

Выводы. Хирургическое лечение симптоматического кистозного эхинококкоза является методом выбора для инфекции *E. granulosus* печени. Несмотря на существенную разработку методов диагностики и новые возможности лечения, эхинококковая инфекция все еще представляет проблему для эпидемиологов, фармакологов и клиницистов.

Список литературы

1. Romig, T. Taxonomy and molecular epidemiology of *Echinococcus granulosus sensu lato* / T. Romig, D. Ebi, M. Wassermann // *Vet Parasitol.* – 2015. - N213. – P.76–84.
2. Prevention and control of cystic echinococcosis / P.S. Craig [et al.] // *Lancet Infect Dis.* – 2011. - N7. – P.385–94.
3. Echinococcosis / D.P. McManus [et al.] // *Lancet.* – 2010. - N362. – P.1295–304.
4. Brunetti, E. Writing Panel for the W-I. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans / E. Brunetti, P. Kern, D.A. // *Vuitton Acta Tropica.* – 2015. - N114. – P.1-16.
5. WHO/OIE manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern World Organisation for Animal Health (Office International des Epizooties) and World Health Organization / J. Eckert [et al.]. - Paris: World Organisation for Animal Health, 2014.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ДЕФЕКТОВ ГОЛОВЫ И ШЕИ ЛОСКУТОМ НА БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЕ. ОПЫТ ТАДЖИКСКИХ ОНКОЛОГОВ

Сангинов Дж.Р.¹, Ниязов И.К.¹, Салимов Ф.И.²

¹Кафедра онкологии и лучевой диагностики ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

²Отделение общей онкологии ГУ «РОНЦ» МЗ СЗН РТ

Актуальность. Вопросы лечения плоскоклеточного рака головы и шеи остаются актуальными и полностью нерешенными. Радикальное абластичное удаление злокачественных опухолей головы и шеи приводит к образованию обширных дефектов, что наряду с нарушениями анатомической целостности, функции речи, жевания, глотания часто вызывает косметические изменения и требует одномоментной реконструкции васкуляризованными лоскутами с осевым типом кровоснабжения с целью скорейшей реабилитации и улучшения качества жизни больных. Несмотря на то, что в настоящее время свободная пересадка тканей играет важную роль, а сама микрохирургическая техника далеко эволюционировала за последние 4 десятилетия, со времен первого описания Арияном в 1979 г., лоскут на большой грудной мышце (ЛБГМ) по сей день остается «рабочей лошадкой» в реконструкции дефектов головы и шеи. Особенно ЛБГМ является методом выбора, когда материально-техническое оснащение хирургического стационара не позволяет провести реконструктивные операции с замещением дефектов микрохирургическими методами.

Цель исследования. Оценка приемлемости лоскута на большой грудной мышце (БГМ) в реконструкции дефектов при хирургическом лечении рака головы и шеи.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ и проспективное наблюдение данных амбулаторных карт, историй болезней 37 больных с плоскоклеточным раком головы и шеи T₂₋₄ N₀₋₃ стадии наиболее частых локализаций, лечившихся в ГУ РОНЦ в период с 2008 по 2018 гг. Возраст больных варьировал от 27 до 81 года, со средним возрастом когорты 56,3 лет. Мужчин было 26, женщин 11, соотношением 2:1. Локализация опухоли: слизистая щеки – 13 (35,1%), десна нижней челюсти – 12 (32,4%), дно полости рта – 5 (13,5%), кожа ушной раковины, заушной и околоушной областей – 3 (8,1%), язык – 2 (5,4%), нижняя губа - 1 (2,7%), десна верхней челюсти - 1 (2,7%). Всем больным произведено иссечение опухоли и одномоментная пластика дефектов кожно-мышечными и кожно-мышечно-костными лоскутами на большой грудной мышце (БГМ). Всего использовано 37 лоскутов. С целью создания каркаса нижней челюсти двум больным были использованы титановые пластинки системы «Comnet», а у 1 больного лоскут был выкроен вместе с фрагментом IV ребра. Из 37 больных в 30 случаях реконструкция дефектов была выполнена как первичная пластика, а у 7 больных операция носила паллиативный характер и относилась к так называемым «операциям спасения».

Результаты исследования и их обсуждение. Детально изучены показания и онкологические результаты реконструкции дефектов ЛБГМ. Были проанализированы данные диагностики, показания, область реконструкции, предыдущее лечение, протоколов операции и послеоперационные осложнения больных, которым проведена реконструкция ЛБГМ в ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ за период с 2008-2018 г.г. Из всех больных у 21 (56,7%) заживление происходило первичным натяжением раны. Осложнения, связанные с лоскутом наблюдались в 11 (29,7%) случаях, причем частичный некроз и некроз концевых отделов лоскута развился у 8 и 4 больных соответственно, также были отмечены 2 случая полного некроза лоскута. Осложнения в виде оростомы развились в 4 случаях. Установлено, что время наступления некроза от 3 по 7-е суток после операции. С целью санации раны от некротических масс и предотвращения аутоинтоксикации проведена некрэктомия с 4 по 10 сутки. У 1 больного на первые сутки после операции отмечалось западение языка и острое нарушение дыхания, в связи с чем наложена трахеостома. У 1 больного на 10-е сутки развилась бронхопневмония, у 1 – гидроторакс и гидронефроз на 6 сутки вследствие обострения пиелонефрита, которые скорректированы консервативными методами.

В развитии осложнений, в основном, преобладали следующие факторы: предоперационный курс лучевой терапии, длительность операции (от 4-9 часов); анемия средней и тяжелой степени; дефицит массы тела (ИМТ < 21 кг/м²); гемо-/плазмотрансфузия до, вовремя и после операции; неадекватный уход за лоскутом. Средний срок госпитализации составил 25 койко-дней, средняя продолжительность госпитализации после операции – 16 койко-дней при неосложненных случаях, а при осложненных – 17.

Выводы. Одномоментная пластика дефектов является методом выбора при хирургическом лечении рака головы и шеи. Вопреки тому, что операции с микрохирургическими лоскутами являются «золотым стандартом» реконструктивно-восстановительной хирургии, однако, из-за особенностей онкологических больных: ослабленный иммунитет, контаминация раны бактериальной флорой полости рта, плохая приживаемость лоскута в реципиентной зоне у пациентов, получивших лучевую терапию; у больных с сахарным диабетом и повышенной свертываемой системой крови; при противопоказании больным с длительной (более 4 часов) общей анестезией; пластика ЛБГМ является методом выбора и альтернативой свободным микрохирургическим лоскутам.

Несмотря на большой процент осложнений, лоскут на большой грудной мышце уже как 40 лет зарекомендовал себя как наиболее оптимальный пластический материал в реконструкции дефектов головы и шеи, в частности при раке органов полости рта и после неудачной микрохирургической пластики.

Авторы пришли к выводу, что несмотря на то, что при реконструкции дефектов головы и шеи предпочтение дается свободным лоскутам, лоскуты с осевым типом кровоснабжения в частности ЛБГМ остаются оптимальным вариантом и «рабочей лошадкой» в реконструктивно-пластических операциях особенно в странах со средним и низким доходом.

Список литературы

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int. J Cancer*. 2015;136(5):359-86.

2. Хабибулаев Ш.З., Сангинов Дж.Р., Хусейнов З.Х., Баротов З.З., Махмудова Н.М. Роль и значимость рандомизации в научных медицинских исследованиях. Евразийский онкологический журнал. 2017;5(1):81-86.
3. Kansy K., Hoffmann J., Alhalabi O. Subjective and objective appearance of head and neck cancer patients following microsurgical reconstruction and associated quality of life-A cross-sectional study. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2018;46(8),1275-84.
4. Dubey SP, Molumi CP. Color Atlas of Head and Neck Surgery. A Step-by-Step Guide. Switzerland: Springer International Publishing; 2015. 190 p.
5. Раджабова З.А., Ракитина Д.А., Гурин А.В., Коркола Н.И., Нажмуудинов Р.А., Дунаевский И.В. Реконструктивно-пластические операции у пациентов со злокачественными новообразованиями языка, слизистой дна полости рта, виды пластики. Опухоли головы и шеи. 2015;1:15-18.

МЕЛАНОМА КОЖИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

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

¹Кафедра онкологии и лучевой диагностики ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

²Отделение общей онкологии ГУ «РОНЦ» МЗ СЗН РТ. Таджикистан

Актуальность. Меланома кожи считается одной из наиболее агрессивных опухолей, отличается ранним и множественным метастазированием, часто неудовлетворительными результатами лечения и многообразием клинико-морфологических форм. В структуре злокачественных новообразований меланома составляет до 3% со среднегодовым приростом до 5%. Наиболее высокие показатели заболеваемости меланомой кожи характерны для белого населения Австралии, Новой Зеландии (22-29 на 100 тыс. населения), самые низкие показатели – в Алжире, Китае, Корее и Японии (0,1 – 1,5 на 100 тыс. населения).

Большее значение в возникновении и развитии меланомы имеют наследственные факторы (до 40%), инсоляция УФО, конституциональные особенности (светлая кожа, рыжие волосы и др.), гормональный статус и предопухолевые заболевания кожи (30%).

Локализация опухоли может быть критерием агрессивности опухоли, и наихудший прогноз наблюдается у мужчин при локализации опухоли на верхних конечностях, у женщин при поражении гениталий.

В диагностике опухоли не решена основная задача – не решен вопрос выявления на ранних этапах. Крайне важным является при морфологическом исследовании выявлять гистологический вариант строения опухоли, уровень инвазии по Кларку, толщину опухоли по Бреслоу, клеточный вариант строения, степень пигментации, фоновые новообразования, наличие изъязвления, выраженность и характер расположения реактивного инфильтрата, и наличие митозов.

Лечение меланомы кожи в зависимости от степени местной распространенности опухоли включает терапию первой линии (хирургическое иссечение, селективная лимфаденэктомия), второй линии (иммунотерапия, химиотерапия, регионарное нарушение кровообращения) и третьей линии (лучевая терапия, микрографическая операция по Мохсу. По данным литературы 3-летняя общая выживаемость при IA стадии составляет 97%, при IV - 33%, летальность на 1-м году жизни – 25%.

Цель исследования. Проанализировать особенности диагностики, лечения и показатели выживаемости больных с меланомой кожи и оценить диагностические и тактические ошибки, допущенные на уровне специалистов общей лечебной сети по материалам ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ.

Материал и методы исследования. На основании ретроспективного изучения 13 медицинских документов (амбулаторные карты, истории болезни) и проспективного наблюдения 13 пациентов с меланомой кожи, пролеченных по обращаемости в РОНЦ РТ за период 2017-2019 гг., проведен анализ 26 случаев с меланомой кожи.

Возраст больных колебался от 20 до 89 лет, мужчин было 19 (73,1%), женщин – 7 (26,9%). Средний возраст у мужчин был ± 54 года, у женщин ± 46 , средний возраст когорты составил 50 лет, пик заболеваемости приходится на возраст 45-66 лет.

Диагностика образований кожи основывалась на анализе жалоб, данных анамнеза и лабораторной диагностики, физикального обследования, дерматоскопии, УЗИ, МРТ и цитологического и гистологического исследования мазков-отпечатков.

Хирургический метод лечения больных меланомой кожи с первичной опухолью и/или регионарными метастазами явился основным методом. Ширина иссекаемого лоскута, т.е. границы резекции определялись уровнем инвазии и толщиной опухоли. Отдаленные результаты оценивались путем определения сроков развития рецидивов и общей наблюдаемой выживаемости (ОНВ).

Результаты исследования и их обсуждение. За период наблюдения (2017-2019 гг.) по данным обращаемости пациентов с меланомой кожи в РОНЦ отмечается небольшая тенденция к росту заболеваемости. Ежегодно регистрируются 8-12 больных с меланомой кожи, ежегодный прирост составляет $\pm 10,2\%$.

В сроки до 6 месяцев от начала заболевания обратились 4 (15,3%) пациента, до 1 года – 8 (30,7%) пациентов, и в сроки до 2 лет – 14 (53,8%) больных, что свидетельствует о позднем обращении больных и ненадлежащем отношении к этому контингенту врачей общей лечебной сети.

Характерными жалобами отмечены боли в зоне образования у 4 (15,3%) больных, зуд кожи у 3 (11,5%), изменение цвета образования за последнее время у 5 (19,2%) больных, кровотечение у 5 (19,2%), изъязвление у 2 (7,7%) больных, а 6 (23,1%) больных при обращении не предъявляли жалоб, кроме наличия образования на коже.

Выявлены следующие манифестирующие факторы: спонтанное развитие болезни, не связанное с какими-либо факторами – у 8 (30,7%) больных, травма – у 5 (19,2%), наследственный фактор – у 2 (7,7%), гормональные нарушения – у 4 (15,3%), травма, в.т.ч. хирургическое вмешательство (резекция ногтевой пластинки), у 5 (19,2%)

больных. У 6 больных (23,1%) развитие меланомы было связано с предшествующими предопухолевыми заболеваниями (невусы).

Диагноз верифицирован цитологически до операции у 14 (53,8%) больных, интраоперационно со срочным гистологическим исследованием – у 2 (7,7%) больных и послеоперационно плановым гистологическим исследованием – у 10 (38,5%), а у 3 (11,5%) больных проведено иммуногистохимическое исследование опухоли.

Установлено, что опухоль локализована на туловище – в 10 (38,5%) случаях, области головы и шеи 6 (23,1%) случаев, нижняя конечность – 6 (23,1%) случаев и верхней конечности у 4 (15,4%) больных.

По стадиям заболевания больные распределились следующим образом: I стадия – у 3 (11,5%) больных, II стадия у 2 (7,2%), III стадия у 3 (11,5%) и IV стадия у 12 (46,2%) больных.

Различные варианты хирургического вмешательства были проведены 21 (80,8%) больному, при этом 5 больных по разным причинам отказались от операции. Структура оперативных вмешательств выглядит следующим образом: иссечение опухоли с лечебно-диагностической целью – 7 больных; широкое иссечение опухоли с пластикой перемещенным лоскутом – 1 больной; широкое иссечение опухоли – 6 (23,1%) больных; нерадикальное иссечение (в учреждениях общей лечебной сети) – 4 больным. Лимфодиссекция выполнена 2 (7,6%) больным.

В послеоперационном периоде больные получали иммунотерапию или химиотерапию (дакарбазин, полихимиотерапия по схеме BOLD).

У 7 (26,9%) больных не имело место метастазирование как до лечения, так и в процессе наблюдения. У 8 (30,8%) больных на момент обращения выявлены метастазы в регионарные лимфатические узлы, а у 4 (15,4%) больных после операции отмечено развитие метастазов в регионарных лимфатических узлах. В процессе наблюдения после операции, в сроки от 1 до 36 месяцев у 5 больных отмечены отдаленные органые метастазы.

Отдаленные сроки были прослежены у 25 (96,1%) больных. При этом 3-летняя наблюдаемая выживаемость составила 52,1%.

По нашим данным у 8 (30,7%) больных меланома развилась на неизменной коже, в 6 (23,1%) случаях на фоне пигментных невусов, при этом провоцирующими моментами служили травмы (у 10 (38,5%) больных) и инсоляция (у 4 (15,4%) больных).

Локализация опухоли может повлиять на прогноз заболевания. Наихудший прогноз наблюдается у мужчин при локализации опухоли на верхних конечностях (у 3 больных из 4, в нашем материале), а у женщин – при поражении гениталий, но в нашем материале не выявлены.

Разные авторы указывают на неадекватно выполненные оперативные вмешательства или другое лечение. Нами выявлено, что неадекватные операции имели место в 4 (15,4%) случаях, правильное (консервативное) лечение в 2 (7,7%) случаях.

На этапе диагностики меланомы кожи мы строго придерживались правиле, которое считает неприемлемым инцизионную биопсию опухоли, что способствует быстрой диссеминации опухоли и бурному метастазированию вследствие высокой миграционной способности атипичных меланоцитов.

Общепризнанным основным методом лечения больных меланомой кожи является хирургический метод. Последние 30 лет отношение к хирургической коррекции претерпели определенную эволюцию от широкого иссечения к экономным иссечениям.

Нами выполнены в 7 случаях из 21 иссечения опухоли с пластикой местными тканями, в 10 случаях (47,6%) широкое иссечение опухоли с пластикой перемещенным кожным лоскутом, нерадикальное иссечение опухоли проведено 4 больным (19%), до поступления (в учреждениях общей лечебной сети), одновременная лимфодиссекция выполнена в 8 случаях (38,1%).

В качестве адьювантной терапии применяли, как правило, дакарбазин, в/в 250 мг/м² в течении 5 дней ежедневно с интервалами 3 недели. В распространенных стадиях используем полихимиотерапию (дакарбазин + цисплатин) с включением фотемустина или ломустина и их сочетание с тамоксифеном. В качестве иммунотерапии применяли цитокины (интерферон-ИФ-а, РИФ).

По нашим данным, 3-летняя наблюдаемая выживаемость составила 52,1%, что свидетельствует о невысокой эффективности проводимых лечебных мер и запущенных случаев болезни.

Выводы. 1. Проблема диагностики и излечения больных с меланомой кожи в Республике Таджикистан остается актуальной, связанной с высоким удельным весом запущенных случаев и невысокими показателями эффективности (выживаемости) больных. 2. Ошибочная диагностика и неадекватное лечение на уровне врачей общей лечебной сети остается высокой и требует усиления работы среди них врачей онкологов. 3. Формирование групп риска по меланоме будет способствовать ранней диагностике, что приведет к снижению метастазирования, рецидивов и смертности. 4. Использование новых методов диагностики (использование экспертной системы, плоидометрия и др.) являются перспективными методами улучшения диагностики и прогноза заболевания.

Список литературы

1. Пигментные опухоли кожи / Л.В. Червонная. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 224 с. : ил.).
2. Ламоткин И.А., Клиническая дерматоонкология: Атлас. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. – 499 с.: ил.
3. Ducan LM, Bastian BC, Elder DE, Mihm MC. Low-CSD melanoma (superficial spreading melanoma). In: Elder DE, Massi D, Scolyer R, Willemze R, eds. *WHO Classification of Skin Tumours*, 4th edn. Lyon, France: IARC Press: 2018; 76-77.
4. Elder DE, Barnhill RL, Bastian BC *et al.* Dysplastic naevus. In: Elder DE, Massi D, Scolyer R, Willemze R, eds. *WHO Classification of Skin Tumours*, 4th edn. Lyon, France: IRAC Press: 2018; 82-86.
5. Elmore JG, Barnhill RL, Elder DE *et al.* Pathologists' diagnosis of invasive melanoma and melanocytic proliferations: observer accuracy and reproducibility study. *BMJ* 2017; 357: j2813.

К ВОПРОСУ О РИСКЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ

Сангинов Д.Р., Сатторова М.А., Бокиев С.А.

Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Злокачественные трофобластические опухоли включают группу патологических состояний трофобласта, ассоциированных с беременностью. К ЗТО относятся инвазивный пузырный занос, хориокарцинома, трофобластическая опухоль на месте плаценты и эпителиоидная трофобластическая опухоль. Злокачественные трофобластические опухоли (ЗТО) составляют 3,6% в структуре онкогинекологических заболеваний. Резистентность трофобластических опухолей представляет собой наиболее сложную проблему при лечении ЗТО. Причинами развития резистентности ЗТО помимо биологических особенностей опухоли является неадекватное планирование химиотерапии I линии, нарушение режима стандартной химиотерапии (уменьшение дозы препаратов, увеличение интервалов между курсами, необоснованная смена режимов химиотерапии, отказ от профилактических курсов химиотерапии).

Цель исследования. Изучение тенденции развития резистентности у больных с ЗТО по материалам РОНЦ МЗ СЗН РТ.

Материал и методы исследования. Проведен проспективный анализ 60 больных с ЗТО, находящихся на амбулаторном лечении и диспансерном наблюдении в РОНЦ за 2017 – 2018 гг. Всем первично обратившимся больным с ЗТО в РОНЦ был проведен анализ β -ХГЧ на 1, 8 и 15-е сутки после эвакуации пузырного заноса и после каждого курса химиотерапии.

Результаты исследования и их обсуждение. Риск развития резистентности, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, FIGO (2000г.), оценивается по соответствующей шкале, основным критерием которой является уровень β – ХГЧ в крови пациентов. В норме уровень β – ХГЧ составляет от 0-2 Нг/мл, а пик β – ХГЧ при нормальной беременности в 9-10 недель составляет не выше 150000 Нг/мл. Анализ нашего материала показал, что у 25 (41,7 %) больных уровень β – ХГЧ составил 480,0 > 2 Нг/мл, у 34 (56,7 %) больных - от 2,3 до 100 Нг/мл. Нормальный уровень β – ХГЧ выявлен у 1 больной, что возможно связано с отсутствием поступления гормона в кровь из-за полного разрушения опухолевых элементов под влиянием проведенного ранее лечения, а также нарушения кровообращения в области опухолевого узла.

Оценка риска резистентности по шкале FIGO (2000) установила, что у 35 (58,3%) больных сумма баллов составила 6 и менее (низкий риск резистентности, I группа), а у 24 (40%) больных сумма баллов оказалось 7 и выше баллов (высокий риск резистентности, II группа). Всем больным I группы химиотерапия проводилась препаратами первой линии (метотрексат + лейковарин). Больным II группы с учетом высокого риска резистентности проводилась химиотерапия первой линии в режиме “ЕМА – СО” (у 13 больных), “DOX + DDR + MTX” (у 10 больных). Терапия второй линии проведена 1 больной в режиме “ЕМА – ЕР”. После каждого курса химиотерапии проводился мониторинг уровня β – ХГЧ. Всем больным был проведен полный курс стандартной химиотерапии.

Выводы. Развитие резистентности ЗТО является сложной проблемой при лечении этой категории больных, влияющей на выбор режима химиотерапии и частоты рецидива заболевания. Установлено, что по нашему материалу частота возникновения резистентности у больных с ЗТО составляет 40%, что соответствует данным доступной литературы.

Список литературы

1. Дисаи Ф. Дж., Крисмана У.Т., Гестационная трофобластическая болезнь / В кн.: «Клиническая онкогинекология» Под. ред. пер. с англ. под ред. Е.Г. Новиковой, т. Практич. Мед., Москва. 2012 с.180–221.
2. Клинический протокол диагностики и лечения злокачественные трофобластические неоплазии. Республика Казахстан от << 30>> октября 2015 года Протокол №14.
3. Мещерякова Л.А. Трофобластические опухоли. Лекции по онкогинекологии, 2009 с.330–347.
4. Онкогинекологический атлас. Классификация и определение стадии опухолей и принципы диагностики и лечения. Под ред. Дж. Р. Смита, Д. Хили. М.: Практическая медицина, 2010 с. 35
5. Цип Н.П., Воробьева Л.И. (2012) Мониторинг больных после удаления пузырного заноса. // Клини. онкология, № 8 с.81–84.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ВЕК

Сангинов Д.Р.¹, Махмудова Л.Ш.², Назаров Ш.О.¹

¹Кафедра онкологии и лучевой диагностики ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗС ЗН РТ.

Актуальность. Базальноклеточный рак (БКР) кожи представляет собой опухоль, исходящую из эпидермиса или волосяных фолликулов и, по данным ВОЗ, (1989) характеризуется местнодеструктивным ростом и редким метастазированием. Среди всех злокачественных новообразований кожи БКР составляет значительную долю (до 80-85%). Его локализация на веках, по данным литературы, составляет до 11% среди опухолей органов зрения. БКР кожи век встречается до 80% среди образований периокулярной локализации. В настоящий момент существуют различные варианты лечения данной патологии (лучевая терапия, фотодеструкция, хирургический метод лечения), однако в связи со смежностью исследуемой области, с органом зрения и в некоторых случаях потенциальным риском возникновения необратимых осложнений зрительной функции, показания к хирургическому методу гораздо шире чем другие упомянутые методы. Хирургическое вмешательство в данной области направлено на

ликвидацию опухолевого очага, профилактику его рецидива и получения хороших функциональных и косметических результатов.

Цель исследования. Оценка результатов хирургического лечения БКР кожи век.

Материал и методы исследования. За период 2015-2018 гг. в стационаре ГУ РОНЦ МЗ СЗН РТ под нашим наблюдением находились 41 больной с диагнозом БКР кожи век, которые верифицированы морфологически. Также диагноз основывался на данных анамнеза, комплексного клинико-инструментального и лабораторного обследования.

Результаты исследования и их обсуждение. БКР кожи век у 14 больных опухоль была представлена узловой формой. Мужчин было – 6 (42,8%), женщин – 8 (57,2%), преобладали пациенты старше 50 лет - 10 (71,4%) больных. Преимущественно опухоль локализовалась в области нижнего века (64,4%), внутреннего угла глазной щели (21,4%), в двух случаях (14,2%) в верхнем веке, у 6 больных опухоль распространялась на две и более анатомические зоны. Преобладало число больных, обратившихся в поздних стадиях, T3-4N0M0 – 11 больных против T2N0M0 – 3 больных. Выбор метода пластики определялся стадией заболевания, размерами опухоли и локализацией поражения, а также характеристикой дефекта.

Этим больным выполнены различные варианты реконструктивно-восстановительных операций с одномоментной пластикой, образовавшегося после иссечения опухоли, дефекта. Оперативное вмешательство выполнялось под эндотрахеальным наркозом. В зависимости от размера образовавшегося дефекта выполнялись следующие виды реконструктивно-восстановительных операций: тарзokonъюнктивальный лоскут по Haghès – 7, замещение дефекта верхнего века по Catler-Beard – 3, латеральный кантолизис - 1, ротационный лоскут по Tenzel – 1, свободный тарзальный (хрящевой) лоскут – 1, ротационный щечный лоскут по Mustarde – 1.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Период наблюдения составил от 12 до 42 месяцев, рецидивов опухоли не отмечено.

Выводы. При узловой форме БКР кожи век одномоментная реконструкция век после иссечения опухоли должна проводиться с учетом локализации, распространенности опухоли и должна быть направлена на восстановление каркаса век и достижение максимального функционального и косметического результата.

Список литературы

1. Asproudis I., Sotiropoulos G., Gartzios Ch. Et al. Eyelid tumors at the University Eye Clinic of Loannina? Greece: A 30-year Retrospective Study. Middle East Afr J Ophthalmol 2015; 22:2:230-2.
2. Huang Y.Y., Liang W.Y., Tsai C.C. et al. Comparison of the clinical characteristics and outcome of benign and malignant eyelid tumors; an analysis of 4521 eyelid tumors in a Tertiary Medical Center. Biomed Res Int 2015.
3. Gaulin? C Quality of life in non-melanoma skin cancer \ Gualin C, Sebaratnam DF, Fernandez-Penas P\Australas \J Dermatol-2015. – 56.
4. Панова И.Е. сравнительная клинико-морфологическая характеристика базально-клеточного рака кожи век при первично-множественном и изолированном поражении И.Е.Панова., И.С.Сусло., Опухоль головы и шеи .- Москва,2011 – С. 54-57.
5. Мачалова А.С. Научное обоснование необходимости оценки качества жизни у больных меланомой хориоидеи как компонента индивидуальной программы медицинской реабилитации / А.С.Мачалова / Медицинский вестник Башкортостана 2014 Т 9. №2. С. 128-131.

ЛЕЧЕНИЕ РАКА КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

¹Сангинов Д.Р., ²Мазхабов Дж.М., ¹Ниёзов И.К., ¹Мухидинов Дж.Б.

¹Кафедра онкологии и лучевой диагностики ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

²ГУ «Республиканский онкологический научный центр» МЗС ЗН РТ

Актуальность. Рак губы – это злокачественная опухоль из многослойного плоского эпителия красной каймы нижней и верхней губы, в т.ч. в месте перехода кожи в слизистую оболочку. По данным литературы, рак верхней губы по отношению к раку нижней губы составляет 2-5% и наблюдается чаще у мужчин.

В структуре заболеваемости по отношению ко всем злокачественным опухолям рак губы в Таджикистане составляет 1,8% у мужчин и 0,53% у женщин. Среди стран СНГ этот показатель наибольший: 2,7% у мужчин и 1,5% у женщин, наименьший в Азербайджане у мужчин - 0,6%, а у женщин Армении – 0,4%. На красной кайме губ чаще развивается ороговевающий плоскоклеточный рак.

Цель исследования. Ретроспективный анализ медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты) больных, получивших лечение в условиях РОНЦ РТ за период 2016-2018гг.

Материалы и методы исследования. Материалом послужили данные историй болезни и амбулаторных карт 36 больных раком красной каймы губ, получивших лечение в условиях отделения общей онкологии и лучевой терапии РОНЦ за период 2016-2018 гг. Мужчин было -22 (61,1%), женщин - 14 (38,8%). Возрастная структура была представлена следующим образом: до 35 лет - 1 больной, от 36 до 50 лет - 5 больных и старше 55 лет - 30 больных (86,6%). Большинство больных были сельскими жителями - 26 (72,2%).

По локализации опухоли у 26 больных (72,2%) была поражена нижняя губа, а у 10 (27,7%) - верхняя губа, что соответствует данным литературы.

В зависимости от стадии заболевания больные распределились следующим образом: I стадия - 6 (16,6%), II стадия - 16 (44,4%), III стадия - 10 (37,7%) и 4 (11,1%), больных поступили с IV стадией заболевания.

Во всех случаях диагноз был подтвержден гистологически. Так у 18 больных (50%) имела место плоскоклеточная ороговевающая карцинома, у 12 (33,3%) - неороговевающая карцинома и в 6 (16,6%), случаях выявлена

базальноклеточная карцинома. Хирургическое вмешательство произведено 8 (22,2%) больным; комбинированное – 18 (50%), комплексное - 2 случая и 8 (22,2%) больных получили лучевую терапию. Среди хирургических вмешательств были выполнены; пластика местными тканями в 2 случаях, пластика местными тканями – в 16 (44,4%) случаях и 8 (22,2%) больным была выполнена хейлопластика.

Результаты исследования и их обсуждение. Заживление раны путем первичного натяжения наблюдалось у 28(80,5%) больных. Послеоперационные осложнения были у 7(19,4%), больных из них осложнения в виде частичного некроза лоскута – у 4 (11,1%) больных, а нагноение раны с вторичным натяжением - у 3 (8,3%).

Выводы. Сравнительный уровень заболеваемости раком красной каймы губ остается высоким в стране. Несмотря на визуальную локализацию, случаи поздней диагностики остаются высокими (48,8%). Выбор метода лечения зависит от степени распространенности, клинической формы и характера роста опухоли. Прогноз в целом благоприятен. Лучевая терапия остается основным самостоятельным методом при ранних стадиях и дополняющим среди других методов при запущенных формах.

Список литературы

1. Реконструктивно-восстановительные операции и вопросы качества жизни больных с местно-распространённым раком головы и шеи. (Обзор Литературы) / Д.Р. Сангинов [и др.] // Вестник Авиценны. – 2019. - Том 21, №1.
2. Роль и значимость рандомизации в научных медицинских исследованиях / Ш.З. Хабибулаев [и др.] // Евразийский онкологический журнал. – 2017. - №5(1). – С.81-86.
3. Prevention and management of bacterial infections of the donor site of flaps raised for reconstruction in head and neck surgery / M. Zirk [et al.] // Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. – 2018. - N46(9). – P.1669-1673.
4. Atlas of regional and free flaps for head and neck reconstruction: flap harvest and inseting / Mark L Urken [et al.] // Sharon Ellis. - 2nd ed. 549 p.
5. Dubey, S.P. Color Atlas of Head and Neck Surgery. A Step-by-Step Guide / S.P. Dubey, C.P. Molumi. - Switzerland: Springer International Publishing; 2015. - 190 p.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОЙ АУТОПЛАСТИКИ ПАХОВОГО КАНАЛА В БЛИЖАЙШИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Сапиева С.Т., Алиякпаров М.Т., Абатов Н.Т., Бадыров Р.М., Прокопьева Т.А., Григолашвили С.Г., Пак А.А.

Кафедра онкологии и лучевой диагностики, хирургических болезней №3 МУК, г. Караганда, Казахстан

Актуальность. Восстановление грыжи является наиболее часто выполняемой хирургической процедурой у мужчин. В последние два десятилетия произошли радикальные изменения в методах пластики паховых грыж. Несмотря на все достижения, 11% всех пациентов страдают от рецидивов и 10-12% от хронической боли после первичного восстановления паховой грыжи [2]. Треть пациентов предъявляют жалобы на боль после операции, вызванных сетчатым имплантатом 0,7- 28,7% [3]; 4-10% из них испытывают сильную хроническую боль [1]. Широкое распространение сетчатых эндопротезов и биоимплантов [4] различных конструкций не могут в полной мере удовлетворить ни больных, ни хирургов, так как ведущей причиной неблагоприятных результатов операции являются дистрофические и дегенеративные изменения тканей брюшной стенки в области вмешательства, что приводит к снижению послеоперационных прочностных свойств с возможностью отторжения трансплантатов и формированию рецидива заболевания [5]. Для уменьшения частоты рецидивов, необходим поиск альтернативных способов герниопластики.

Цель исследования. Целью данного исследования является обсуждение методов и результатов двух видов герниопластик у взрослых: модифицированного метода аутопластики и аллопластики по методу Лихтенштейна с применением полурассасывающегося сетчатого имплантата Ultra Pro.

Материал и методы исследования. В нашей клинике был разработан новый метод аутопластики задней стенки пахового канала перемещенным апоневротическим лоскутом (№ 298 свидетельство об интеллектуальной собственности авторы от 01.03.2018 г., Авторы Бадыров Р.М., Абатов Н.Т.). Предлагаемый способ основан на выкраивании апоневротического лоскута объединённого апоневроза внутренней косой и поперечной мышц живота (в проекции переднего листка влагалища прямой мышцы живота), и перемещении его на ножке для пластики задней стенки пахового канала, с последующей фиксацией его к лонному бугорку, к паховой связке, к внутренней косой и прямой мышце живота.

Результаты исследования и их обсуждение. Метод применен у 15 пациентов, контрольную группу составили 15 пациентов, оперированных по методу Лихтенштейна. За последние 5 лет исследуемые прошли вышеуказанную процедуру, и в целом были получены благоприятные результаты в обеих группах. Все больные подвергались ультразвуковому сканированию, как за день до операции, так и через 7 дней, 1 и 3 месяцев после нее; КТ пахово-мошоночных областей в сроки 1 неделя послеоперационного периода.

После герниопластики с применением сетчатого полурассасывающегося протеза Ultra Pro на сроках 1 неделя послеоперационного периода у исследуемых возникала слабовыраженная воспалительная тканевая реакция в виде «зоны имплантации» в ответ на внедрение сетчатого протеза, высотой в $6,5 \pm 2,5$ мм, с гипоехогенным ободком $1,4 \pm 0,4$ мм. В группе с применением модифицированной аутопластики воспалительный инфильтрат не был обнаружен. Так же по результатам гистогаммы можно отметить снижение эхогенности тканей после 1 недели герниопластики более выраженной в группе контроля (рис 1). Эти данные коррелировали с данными результатов КТ области пластики пахового канала, где наблюдалось снижение плотности мягких тканей. Через 1 неделю после операции наблюдается снижение плотности мягких тканей в опытной группе $27,5 \pm 17,5$ HU, в контрольной $25,1 \pm 20,9$ HU, что подтверждает большую выраженность воспаления с наличием жидкостного компонента в контроль-

ной группе. В более поздних сроках 1 и 3 месяца послеоперационного периода в группе с использованием сетчатого имплантата отмечалось более выраженное повышение плотности тканей в области послеоперационного рубца вплоть до образования рубцовых изменений.

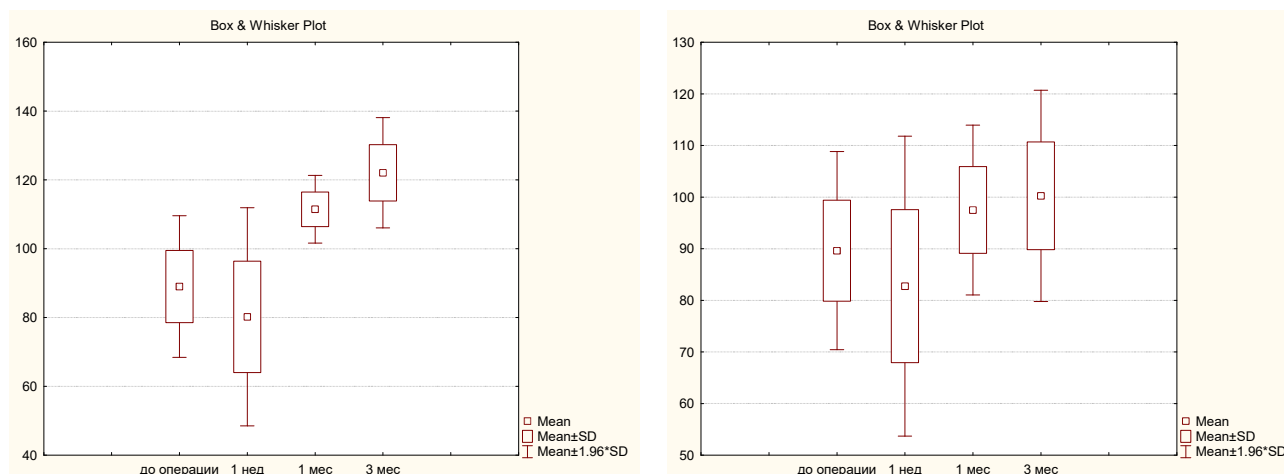


Рис 1. Данные гистограммы в Box&Wisker Plot. Слева группа с использованием полурассасывающегося сетчатого имплантата Ultra Pro, справа – группа с применением аутопластики задней стенки пахового канала перемещенным апоневротическим лоскутом.

На рис. 2 представлены данные УЗИ гистограммы мягких тканей области послеоперационного рубца, где в контрольной группе сроке 1 месяц после операции отмечается повышение эхогенности тканей в сравнении с исследуемой группой, что может говорить об образования рубца повышенной плотности.

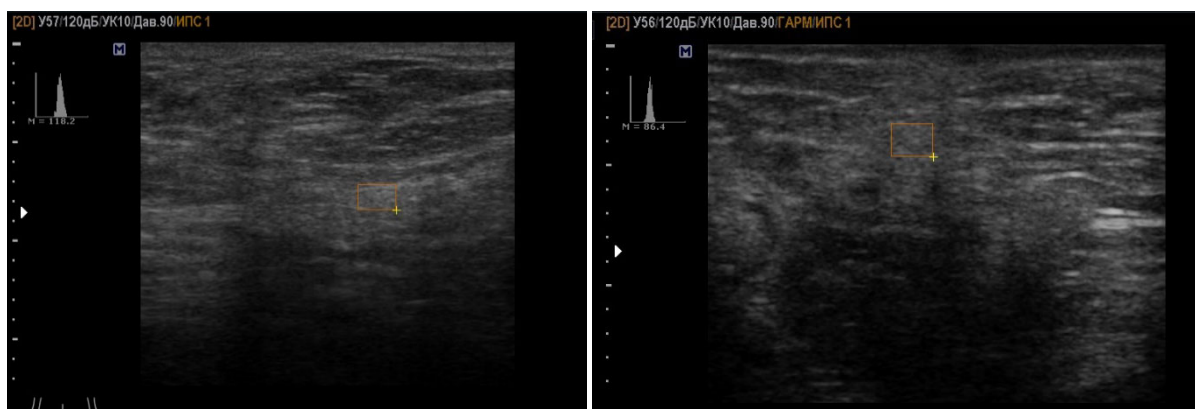


Рис 2. УЗИ мягких тканей паховой области, данные гистограммы. Слева контрольная группа, справа - исследуемая группа.

Ранних послеоперационных осложнений в виде рецидивов не было зафиксировано ни в одной из групп исследования. По данным ультразвукового сканирования в исследуемой группе визуализировались асептические жидкостные образования небольших объемов в виде сером в 1-ю неделю после операции, диагностированные у 50% пациентов, в 1-й месяц – 0%, в 3-й месяц - 0%. В контрольной группе у 53,3 % в сроке 1 неделя после герниопластики, 1 месяц – 13,3%, 3 месяц- 13,3%. Размеры раневых осложнений в виде сером представлены в таблице 1.

Таблица 1. Размеры раневых осложнений в виде сером в разных сроках после герниопластики

Срок послеоперационного периода	По Лихтенштейну, мм	Модифицированный метод аутопластики, мм	p
1 неделя	15 ±11	6,5 ±3,5	p<0,05
1 месяц	8,5±4,5	-	
3 месяца	8,0±1,0	-	
6 месяцев	-	-	

Выводы. Применение аутопластики имеет большой потенциал в хирургической коррекции паховых грыж, так как это может позволить исключить все осложнения, связанные с использованием синтетического материала. По данным лучевых методов исследования при аутопластике не возникает выраженного воспалительного процесса, отмечается образование рубцовой ткани меньшей плотности. Хотя метод Лихтенштейна остается «золотым стандартом», аутопластика является надежной альтернативой, особенно при отсутствии возможности использования имплантатов.

Список литературы

1. Venditti D., Rossi P., Giorgio L., A New Prosthesis in Inguinal Hernia Repair: Results of a Pilot Study Surgical Research July 31st, 2015.
2. Köckerling F.a · Simons M.P.b, Current Concepts of Inguinal Hernia Repair, *Visceral Medicine* 2018, Vol.34, No. 2.
3. Van Hanswijck de J., Lloyd A., Chronic pain after inguinal hernia repair *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences* 3(46):11217-11226 · September 2014.
4. Абагов Н.Т., Бадиров Р.М., Абагова А.Н., Биологические имплантаты в хирургическом лечении грыж передней брюшной стенки (обзор) *Georgian medical news* No 2 (251) 2016 p.7-12.
5. Белоконев В.И., Насибян А.Б., Ревин О.Н., Тактические и технические аспекты герниопластики у больных с рецидивной паховой грыжей// *Здравоохранение Таджикистана*. - 2012. - № 2. - С. 5-10.

МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДА ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Сараев А.Р., Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Джонов Б.Н.

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Распространенный перитонит остается заболеванием с высоким уровнем летальности, и продолжает рассматриваться как одна из наиболее сложных проблем, с которой сталкиваются хирурги и их пациенты во всем мире. Несмотря на значительный прорыв в развитии хирургической науки, антибактериальной и интенсивной терапии, уровень смертности при распространенном перитоните остается высокой и в настоящее время составляет по разным данным от 13 до 43%. [1]. Прогноз и исход распространенного перитонита определяется взаимодействием многих факторов, включая факторы, зависящих от пациента, специфических для заболевания факторов а также диагностических и терапевтических вмешательств. Распределение пациентов по группам риска в зависимости от тяжести заболевания позволило бы прогнозировать исход, проводить отбор пациентов для интенсивной терапии, установить степень операционного риска, что способствовало бы оптимальному выбору объема оперативного вмешательства. [2-4]. В настоящее время используются различные интегральные шкалы для оценки прогноза исхода распространенного перитонита [6]. В этих целях применяют шкалы оценки состояния больных (APACHE II), Мангеймский индекс перитонита(МИП), индекс перитонита Альтона (PIA), Шкала оценки полиорганной дисфункции SOFA и MODS.

В исследовании некоторых авторов [5] показатель смертности среди пациентов имеющих менее 21 балла по шкале МИП составлял от 0 до 2,3%, а у больных с МИП между 21 и 29 баллами смертность достигала приблизительно 65%. МИП более 29 баллов давала наибольшую смертность - в некоторых исследованиях более чем 80%.

Для экспресс-прогнозирования вероятности летального исхода и оптимизации выбора тактики экстренной помощи при распространенном перитоните нами разработана прогностическая система [4], позволяющая более объективно оценить тяжесть перитонита и оптимизировать выбор лечебной тактики с учетом «индекса перитонита» (ИП) и процента прогнозируемой летальности.

Для определения эффективности применения «индекса перитонита» как прогностической системы целесообразно провести сравнительную оценку системы с уже используемыми в хирургической практике прогностическими шкалами.

Учитывая, что МИП является несложным в скорой оценке и прогнозе перитонитов, мы провели сравнительную оценку эффективности «индекса перитонита» именно с этой популярной среди хирургов прогностической системой.

Целью настоящего исследования является оценка эффективности «индекса перитонита» в сравнении с МИП для прогнозирования исхода у больных с распространенным перитонитом.

Материал и методы исследования. Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни 188 пациентов с распространенным перитонитом, получавших стационарное лечение в хирургических отделениях КБ СМП г. Душанбе в течение 10 лет с марта 2008 по декабрь 2017 года. Все пациенты были подвергнуты лапаротомии в экстренном порядке. Объем и характер оперативного вмешательства зависел от оперативной находки и выбора хирурга.

Из 188 пациентов мужчин было 113 (60%) женщин - 75 (40%), а их возраст составлял от 15 до 81 года, с средним возрастом 38,5 года. Этиология распространенного перитонита заметно разнялась (таблица 1). Всего умерших было 38, смертность составила 20,2%.

Тяжесть состояния пациентов оценивалась с использованием интегральных шкал МИП и «индекс перитонита», предложенного нашей клиникой (таблицы 1,2). В целях оценки прогноза, пациенты были разделены на три группы в зависимости от значения баллов: менее 15, 16-25 и более 25 по МИП и менее 12, 13-22 и более 22 по ИП. Каждому фактору соответствуют значения, путем сложения которых рассчитываются баллы МИП и ИП. Таким образом, были подсчитаны значения каждого показателя в прогнозировании исхода заболевания пациентов. Полученные данные сравнивали статистически с использованием критерия Стьюдента, значение $p < 0,05$ считалось значимым.

Результаты исследования и их обсуждение. Общий средний балл МИП в группе выживших был 15,8 (диапазон: 6-35), в то время как в группе умерших, средний балл составлял 25,7 (диапазон: 10-43). Различие между группами было статистически значимым ($p < 0,05$). Для 78 пациентов, с 16-25 баллами, смертность составила 16,7%, но показатель нарастал до 69,7% при 25 баллах и более. При изучении отдельных смертных случаев, в зависимости от этиологии, было отмечено, что у всех больных с перфорацией полого органа были высокие баллы МИП (> 25) и высокий показатель смертности.

Аналогичным образом, при оценке тяжести состояния больных по шкале ИП, пациенты были разделены

на три группы. В целом, из 150 выживших, результаты варьировали от 6 до 28, со средним значением 12,7. У 38 умерших больных отмечались баллы в диапазоне между 8 и 30 со средним значением в 20,6, различие между группами было статистически значимым ($p < 0,05$). Летальности не было среди больных с баллами менее 8, а из 70 пациентов с индексом между 13 и 22 баллов, 12 умерли, с показателем смертности в 17,1%. Летальность 82,1% было отмечено у пациентов, с индексом более 22 баллов.

Следует отметить, что при изучении этиологически различных групп, было видно, что у 41 из 70 пациентов с перфорацией полого органа индекс составлял менее 12 баллов, из них выжили 39 пациентов. Пациенты в различных группах, у которых баллы составляли более 22 - умерли, за исключением 10 пациентов в основном с осложнившимся острым аппендицитом и перфорацией полого органа.

Таблица 1. - Показатель смертности по МИП

Причины распространенного перитонита	Баллы по МИП								
	<15			16-25			>25		
	n	Умершие	Смертность	n	Умершие	Смертность	n	Умершие	Смертность
Острая кишечная непроходимость	29	1	3,4%	16	4	25%	9	8	88,9%
Перфорация полого органа	36	-	-	22	5	22,7%	12	9	75%
Деструктивный аппендицит	6	-	-	33	1	3%	7	1	14,3%
Панкреонекроз	2	1	50%	2	-	-	1	1	100%
ЖКБ	2	-	-	1	1	100%	2	2	100%
Другая патология	2	-	-	4	2	50%	2	2	100%
Всего	77	2	2,6%	78	13	16,7%	33	23	69,7%

Таблица 2. - Показатель смертности по ИП

Причины распространенного перитонита	Баллы по ИП								
	<12			13-22			>22		
	n	Умершие	Смертность	n	Умершие	Смертность	n	Умершие	Смертность
Острая кишечная непроходимость	31	-	-	15	5	33,3%	8	8	100%
Перфорация полого органа	41	2	4,9%	17	3	17,6%	12	9	75%
Деструктивный аппендицит	8	-	-	34	-	-	4	2	50%
Панкреонекроз	4	1	25%	-	-	-	1	1	100%
ЖКБ	2	-	-	2	2	100%	1	1	100%
Другая патология	4	-	-	2	2	100%	2	2	100%
Всего	90	3	3,3%	70	12	17,1%	28	23	82,1%

По результатам наших исследований, смертность от распространенного перитонита в ГКБ СМП за анализируемый период составила 20,2%.

В нашем исследовании, пороговыми границами служили 10 баллов, ниже которого не наблюдался летальный исход, и 25 баллов, выше которого смертность составляла более 80%. Показатель смертности среди пациентов, имеющих менее 21 балла по шкале МИП, составляет 2,6%, а у больных с МИП между 21 и 29 баллами смертность достигала 16,7%. МИП более 29 баллов дает наибольшую смертность – 69,7%

Что же касается шкалы ИП показатель смертности среди пациентов, имеющих менее 12 балла по этой шкале, составляет 3,3%, а у больных с ИП между 12 и 22 баллами смертность достигала 17,1%. ИП более 22 баллов дает наибольшую смертность – 82,1%. Полагаем, что по точности ИП может быть сопоставимым, а в отдельных случаях и превосходить другие скоринговые системы, в том числе и МИП. Предшествующие исследования показали, что пороговыми показателями были 21 и 29 баллов по МИП с показателем смертности в 60%, и до 100% для оценки более чем в 29 баллов.

Следует отметить, что несмотря на простоту в применении и точность в прогнозе неблагоприятного исхода распространенного перитонита, МИП вовсе не учитывает сопутствующие патологические состояния пациентов, что само по себе важно в своевременном отборе пациентов, нуждающихся в интенсивной терапии; кроме того, МИП нуждается в дополнении данными оперативных находок, чтобы быть более полной прогностической системой; кроме того она пока не может быть использована в качестве предоперационной системы подсчета баллов.

Интегральная система ИП хорошо коррелирует со смертностью и эффективна в прогнозировании неблагоприятного исхода. Шкала весьма эффективна для своевременного распределения пациентов в группах риска и в прогнозировании исхода, что немаловажно для выбора оптимальной лечебной тактики. Необходимо отметить, что шкала учитывает патоморфологическое состояние брюшины и природу перитонеальной контаминации. Вместе с тем она обладает простотой в использовании, не требует лабораторной поддержки. Для более быстрого и эффективного прогнозирования летального исхода у больных с распространенным перитонитом, было бы целесообразно наряду с другими интегральными системами использовать и ИП.

Вывод. Из двух сравниваемых прогностических систем оценок ИП выглядит более предпочтительным и целесообразным, поскольку ни в чем не уступает используемым прогностическим системам, а в отдельных случаях даже превосходит их в том, что прост в применении, а также более детально раскрывает статус больного с различной степенью выраженности тяжести сопутствующей патологией, учитывает стадии патоморфологической картины в брюшной полости.

Список литературы

1. Определение показаний к плановым санациям брюшной полости в терминальной стадии перитонита / Х.Д.Акилов[и др.] // Здоровоохранение Таджикистана. – 2012. - №1. - С. 20-25.
2. Галимаянов, Ф.В. Этапная тактика хирургического лечения больных третичным перитонитом и тяжелым абдоминальным сепсисом / Ф.В. Галимаянов, М.И. Прудков, Т.М. Богомяткова // Инфекции в хирургии. — 2010. — №1. — С. 19-21.
3. Прогнозирование необходимости повторной санации брюшной полости при лечении распространенного перитонита / С.А. Жидков [и др.] // Новости хирургии. — 2010. — Т. 18, №2. — С. 50-55.
4. Прогнозирование исхода и выбор лечебной тактики при распространённом перитоните / А.Р.Сараев [и др.] // Вестник Авиценны. - 2015. - № 3 (64). - С. 16-19.
5. Basnet, R.B. Evaluation of predictive power of Mannheim Peritonitis Index / R.B.Basnet, V.K. Sharma // PMJN. – 2010. –V.10, №2. - P.10-13.
6. Evaluation of prognosis in patients with perforation peritonitis using Mannheim's peritonitis index / T.Dani[et al.] // International Journal of Scientific and Research Publications. – 2015. -N5(5). – P.126-131.

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Сараев А.Р., Назаров Ш.К., Назаров Х.Ш., Халимов Дж. С.

Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибн Сино. Таджикистан

Актуальность. В настоящее время распространенный перитонит нередко осложняется спайкообразованием либо формированием межпетлевых абсцессов, что приводит к увеличению частоты послеоперационных осложнений – от 20 до 60% [1;3]. Усугубляет ситуацию длительный послеоперационный парез кишечника, что в свою очередь способствует развитию этих осложнений. Прогрессирующий парез кишечника вызывает перерастяжение кишечной трубки, нарушение микроциркуляции, гипоксию в стенке кишки, а также агрессивное воздействие содержимого кишечника на её слизистую оболочку, способствует попаданию токсических веществ в ток крови, что в конечном итоге приводит к развитию эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности [2;3]. Кроме того, перерастянутые петли кишки приводят к повышению интраабдоминального давления, которое ограничивает работу диафрагмы, усиливает нарушение кровообращения, вызывает ишемию и гипоксию не только в ЖКТ, но и в других органах брюшной полости. Развитие пареза кишечника также способствует скоплению экссудата с последующим его нагноением, образованию спаечного процесса в брюшной полости и тем самым повышает риск развития ранней спаечной кишечной непроходимости, что нередко требуют выполнения повторных операций [1;4]. С учетом вышеизложенного становится очевидной необходимость дальнейшей разработки комплекса мер, направленных на улучшение хирургического лечения, профилактики и прогнозирования осложнений послеоперационного периода у больных с распространенным перитонитом.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных распространенным перитонитом путем дренирования межкишечных пространств и послеоперационной энтеросорбции.

Материал и методы исследования. В хирургических отделениях ГУ ЦСМП г.Душанбе с 2013г. разработан новый способ профилактики таких ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений как формирование межкишечных абсцессов и спаек в том числе и брыжеечной зоны. Под наблюдением находилось 63 больных в период с января по декабрь 2013 года. Возраст больных в исследуемых группах колебался от 21 до 72 лет, и при этом достоверных различий между группами по возрасту выявлено не было ($p > 0,05$). В анализируемой группе преобладали мужчины – 36 (57,1%), женщин было 27 (42,9%). Были изучены особенности течения послеоперационного периода этих больных, которым были произведены оперативные вмешательства по поводу распространенного перитонита.

Пациенты с распространенным перитонитом были разделены на 2 группы: основную (27 больных) и контрольную (36 больных). Группы были сопоставимы по возрасту, полу, исходной степени тяжести состояния, а также характеру основной и сопутствующей патологий.

Для оценки тяжести перитонита использовали Мангеймский индекс перитонита (МИП) и индекс перитонита (ИП) [5]. Наличие и степень выраженности полиорганной недостаточности (ПОН) исходно и в динамике определяли по шкале SOFA. При оценке тяжести синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) придерживались определений согласительной конференции АССP/SCCM.

В основной группе больным в конце операции после тщательной санации и обсушивания брюшной полости по брыжеечной части тонкого кишечника на всем протяжении с одной из сторон ее брыжейки укладывается мягкая силиконовая трубка диаметром 2-3мм и длиной, достаточной для выведения конца трубки из брюшной полости через контрапертуру в правой подвздошной области. Профилактика послеоперационного пареза кишечника была проведена с применением энтеросорбции в раннем послеоперационном периоде. С целью патогенетического лечения пареза кишечника через назоинтестинальный зонд вводили 5% раствор энтеродеза в объеме от 150 до 250 мл. Учитывая начало дезинфекционного влияния энтеродеза (проявляется через 15-20 мин) зонд перекрывали в течение 35-40 минут, а затем аспирировали введенную жидкость. Такую процедуру повторяли до 3-5 раз в день и по мере нормализации двигательной активности кишечника количество сеансов энтеросорбции сокращали от 1 до 2 раз. Разовая доза препарата составляла 5-10г, а суточная - 20-30г. Продолжительность лечебной процедуры составила от 3 до 5 сут.

Нами также изучены истории болезни 36 больных контрольной группы ретроспективно, которые были оперированы по поводу распространенного перитонита различного генеза в более поздние сроки. Для профилактики и

коррекции нарушений функционального состояния кишечника им проводилась обычная назоинтестинальная деконпрессия ЖКТ и инфузионная терапия.

Критериями эффективности проводимых мероприятий, направленных на коррекцию нарушений функционального состояния кишечника являлись устранение вздутия живота, тошноты, рвоты, восстановления стула и отхождения газов, отсутствия ультразвуковых и рентгенологических признаков пареза кишечника и жидкостных скоплений.

В целях диагностики всем больным эффективно использовали общеклинические и биохимические исследования крови, УЗИ и обзорную рентгенографию.

Эффективность проведенных методов профилактики развития послеоперационных абсцессов и спаек и лечения послеоперационного пареза кишечника оценивали по результатам клинических проявлений и данными УЗИ (срок появления и активность перистальтических движений, степень выраженности пневматоза кишечника, нормализация структуры стенки кишечника, формирование жидкостных скоплений), которые выполняли ежедневно в послеоперационном периоде.

Следует подчеркнуть, что поскольку восстановление перистальтики не в полной мере отражает состояние моторной и эвакуаторной функции кишечника, в ходе исследования немаловажное значение придавали результатам анализа клинических проявлений послеоперационного пареза кишечника (табл.).

Таблица

Клиническая характеристика нарушений моторной и эвакуаторной функций кишечника в исследуемых группах в раннем послеоперационном периоде (n=63)

Клинические проявления	Основная группа (n=27)		Контрольная группа (n=36)	
	Абс	%	Абс	%
Тошнота	3	11,1	9	25
Отрыжка	2	7,4	4	11,1
Вздутие живота	5	15,5	11	30,5
Боль в животе	3	11,1	7	19,4
Восстановление отхождения газов (сут)	1,8±0,7		2,3±0,4	
Восстановление дефекации (сут)	2,9±0,6		3,7±0,6	

Как видно из приведенных данных, при проведении сравнительного анализа особенностей клинической симптоматики послеоперационных нарушений моторной и эвакуаторной функций кишечника установлено, что у больных, которым целенаправленно выполнялась интраоперационная и послеоперационная профилактика развития осложнений и пареза кишечника, частота клинической симптоматики таких состояний была меньше ($p > 0,05$), а восстановление отхождения газов и дефекаций происходило раньше, чем во II группе ($p > 0,05$), где проводилась профилактика послеоперационного пареза кишечника традиционными методами.

Анализ динамики результатов УЗИ показал достоверное уменьшение выраженности пневматоза кишечника, уменьшение степени раздутия петли кишки и появление перистальтических волн кишечника в более раннем сроке в послеоперационном периоде у больных основной группы, что в среднем соответствовало 36-48 часам, по сравнению со сроками в контрольной группе, составлявшими 48-56 часов.

Кроме того следует отметить, что помимо эффекта удержания петель кишечника в положении физиологических изгибов, трубка, уложенная по брыжейке вдоль тонкого кишечника способствует отведению из брюшной полости патологических жидкостных образований, скапливающихся в межпетлевых пространствах. Критерием сроков удаления трубки являются стабильное общее состояние больного, восстановление перистальтики кишечника, прекращение поступления выпота по дренажам – обычно 3-4 суток. Разработанный способ профилактики ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений имеет ряд преимуществ по сравнению с общепринятыми профилактическими мерами:

- Профилактика задержки экссудата в межпетлевых пространствах за счет их дренирования
- Профилактика сращения кишечника с ее брыжейкой
- Удержание кишечных петель в физиологическом положении и предотвращение этим спаечной кишечной непроходимости
- Раннее восстановление перистальтики кишечника
- Сокращение койко-дней

Заключение. Таким образом, способ профилактики ранних послеоперационных внутрибрюшных абсцессов и спаек является высокоэффективным, малотравматичным, практически значимым методом профилактики развития осложнений после операций по поводу распространенного перитонита, а ранняя послеоперационная зондовая энтеросорбция позволяют несомненно улучшить процесс восстановления перистальтических движений кишечника, тем самым способствуют снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных с распространенным перитонитом.

Список литературы

1. Бойко В.В. Профилактика послеоперационных парезов кишечника после операции на толстой кишке. / В.В. Бойко, И.В. Криворотько, Н.В. Тимченко// Вестник хирургии Казахстана. – 2014. - №2. - С.6-8.
2. Галантамин в профилактике и лечении послеоперационного илеуса / М. А. Данилов [и др.] // Хирургия в гастроэнтерологии. - 2014. - №6 (10). - С.15-21.

3. Заневский В.П. Нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника после внутрибрюшных операций. / В.П. Заневский, А.Е. Кулагин, И.М. Ровдо. – Минск: БГМУ, 2011. - 20с.
4. Парезы кишечника, их профилактика и лечение после аорто-коронарного шунтирования / А.И. Корабельников [и др.] // Вестник Нов ГУ. - 2016. - №1(92). - С.40-43.
5. Прогнозирование исхода и выбор лечебной тактики при распространенном перитоните / А.Р. Сараев [и др.] // Вестник Авиценны. - 2015. - №3. - С.16-19.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА

Сафаров А.Х., Хасанов М.Ю., Сироджзода М.С., Сироджов К.Х.

Кафедра травматологии и ортопедии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» и ГУ ГЛЦ № 3 г. Душанбе. Таджикистан

Актуальность. Переломы костей таза в составе сочетанной травмы являются наиболее тяжелым повреждением опорнодвигательного аппарата человека: летальность, по имеющимся в литературе сведениям, в среднем составляет 40–80 % случаев [1, 2, 5]. Высокую летальность при нестабильных переломах костей таза обуславливает развитие травматического шока, который отмечается у 58,9 % больных с сочетанными повреждениями таза [2 - 5].

Одной из ключевых задач в лечении больного с переломами костей таза является скорость и точность принятия решений в остром периоде травматической болезни. Для решения данной задачи необходим четкий алгоритм диагностического и лечебного процесса, включающий определение показаний к хирургическому лечению в зависимости от тяжести состояния больного, категории сочетанной травмы и типа повреждений таза [3, 4].

Лечение сочетанной травмы таза – очень ресурсоемкий и длительный процесс, требующий оснащения клиники оборудованием, расходными материалами и наличия подготовленного медицинского персонала. Успех лечения зависит от правильности выбора хирургического доступа, качества репозиции и стабильности остеосинтеза [3 - 4].

Таким образом, проблема лечения переломов костей таза при сочетанной травме сохраняет свою актуальность и требует новых решений, оптимизирующих процесс восстановления трудоспособности пострадавшего.

Цель исследования – оптимизация хирургического лечения пострадавших с нестабильными переломами костей таза в условиях применения современных технологий и методов малоинвазивного остеосинтеза

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились данные результатов лечения 46 больных с различными видами повреждений таза. Основную массу – 32 (69,5%) больных – составили пострадавшие наиболее трудоспособного возраста. Преобладали лица мужского пола – 36 (78%) больных, женщин – 10 (22%). Учитывая тот факт, что основной причиной повреждений таза явились дорожно-транспортные происшествия и падения с высоты, сочетанный и множественный характер травмы отмечен у 42 (91%) больных. Из них у 2 больных отмечена черепно-мозговая травма различной степени тяжести, повреждения грудной клетки и легких – у 5, травмы органов брюшной полости – у 10, повреждения почек и мочевого пузыря – у 18 больных и у 7 травмы таза сочетались с повреждениями костей конечностей. У 19 больных, доставленных в стационар, отмечены явления травматического шока различной степени тяжести.

По клинко-анатомическим вариантам повреждения таза и тактики лечения пострадавшие разделены на две группы: I группу – составили пострадавшие с ротационно-нестабильными, но вертикально стабильными повреждениями таза, которым широко использованы методы миниинвазивного чрескостного остеосинтеза с применением стержневых и спице-стержневых аппаратов для лечения. Учитывая, что в этой группе больных отсутствует вертикальное смещение половин таза и наличие повреждения таза по типу “открытой книги”, смещения легко устранялись в аппаратах у 19 (41%) больных. В этой группе больных оптимальным методом лечения повреждений таза являлся остеосинтез стержневыми аппаратами. Срок аппаратной фиксации составлял 2–2,5 мес. Больные активизировались на 10 – 12 сутки. В дальнейшем в течение 3–5 мес. больные передвигались при помощи костылей.

II группа – это пострадавшие с тяжелыми ротационно– и вертикально нестабильными повреждениями, характеризующиеся полным разрывом тазового кольца, включая задний крестцово-подвздошный комплекс. В этой группе у 6 (13%) больных нами использованы метод погружного накостного остеосинтеза и метод перкутанного остеосинтеза колон вертлужной впадины резьбовыми стержнями – в 5 (11%) случаях, а в комбинации с чрескостным остеосинтезом с применением стержневых аппаратов – в 12 (26%). Всем больным с повреждениями костей таза объем обследований и лечение проводили по стандартной схеме, с учетом доминирующей патологии

Результаты исследования и их обсуждение. Всего было выполнено 42 оперативных вмешательства. У большинства пациентов оперативное лечение проводилось с использованием аппарата внешней фиксации –19, накостного остеосинтеза передних отделов таза – 6, остеосинтез вертлужной впадины – 5, комбинированный остеосинтез – 12. Оценивая качество репозиции и восстановление функции таза при его нестабильных переломах с применением различных вариантов хирургического лечения и их комбинаций, мы установили, что наиболее качественная репозиция и стабильная фиксация были достигнуты у больных с переломами I группы –19 (41%) случаев, II группа – 23 (50%) больных, где осуществляли метод комбинированного остеосинтеза.

Отдаленные результаты оперативного лечения больных с нестабильными переломами таза изучены у 31 больного в сроки от 6 месяцев до 3 лет. Все больные оперированы в раннем посттравматическом периоде до 10 суток. Во всех случаях была полностью восстановлена стабильность тазового кольца, что было подтверждено рентгенологически, нормальными взаимоотношениями в лонном и крестцово – подвздошном сочленениях. Результаты лечения, несомненно, должны зависеть от качества репозиции. Из 42 больных, лечившихся с применением различных вариантов хирургической коррекции, полная репозиция достигнута в 26 (56,5%) случаях, у этих больных получены отличные результаты. В 11 (24%) случаях репозиция была неполной, отличный функциональный

результат в данной группе получен у 13 (28,2%) больных, хороший – у 29 (63%). С плохой репозицией было 5 (11%) больных, в 27 (59%) случаях результат расценивался как удовлетворительный. У 14 (30%) больных с вертикальной и ротационной нестабильностью получены неудовлетворительные результаты.

Выводы. Таким образом, применение активного хирургического лечения, сочетающего внутренний и внешний остеосинтез тазового кольца при тяжелых нестабильных переломах таза с разрывами лонного сочленения, позволяет выполнить точную репозицию и надежную фиксацию костных фрагментов, тем самым обеспечить оптимальные условия для ранней активизации, социальной адаптации и выздоровления больных.

Список литературы

1. Алексеев, В.С. Сочетанная травма селезенки / В.С. Алексеев, Е.С. Катанов // Вестник Чувашского ун-та. – 2013. – № 3. – С. 341–346.
2. Особенности лечения нестабильных повреждений таза у больных с политравмой (современное состояние проблемы) / П.В. Семенов, А. В. Григорьев, А. П. Ратьев, Д. И. Гордиенко, В. В. Кузин, А. В. Скороглядов // Трудный пациент. – 2016. – № 1. – С. 49–54.
3. Сапичева, Ю.Ю. Анализы глазами реаниматолога / Ю.Ю. Сапичева, В.Л. Кассиль ; под ред. А.М. Овезова. – М.: МЕД пресс-информ, 2015. – 224 с.
4. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition / R. Rossaint, B. Bouillon, V. Cerny [et al.] // Critical Care. – 2016. – Vol. 20. – P. 100. DOI:10.1186/s13054-016-1265-x.
5. World Health Organization. Global status report on road safety 2015 / World Health Organization. – Geneva : World Health Organization, 2015. – 323 p.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

^{1,2}Саъдуллоев Ф.С., ²Одинаев Х.С., ²Гафурова Б.Ш., ²Ибодова Г.Х.

¹Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Актуальность. Несмотря на имеющиеся успехи в изучении инфекционных осложнений (ИО) и широко проводимые в больничных стационарах санитарно-гигиенические мероприятия, ее проблема всё ещё остается актуальной [1]. Проблема ИО приобретает важное значение в общественном здравоохранении не только в промышленно развитых, но и в развивающихся странах, где медицинские и социально-экономические последствия от ее нерешенности тяжелы и многообразны.

Необходимо отметить, что мочекаменная болезнь (МКБ) составляет 30-40% всех урологических заболеваний. Ее лечение остаётся одной из наиболее важных и далеко не решённых проблем в урологии. Внедрение в клиническую практику малоинвазивной технологии: дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ), перкутанной хирургии, трансуретральных эндоскопических методов удаления камней существенно повлияло на характер послеоперационных осложнений [2-4].

У 60-100% больных течение МКБ осложняется хроническим пиелонефритом, что не только ухудшает её течение, но и создает опасность развития инфекционных осложнений, представляя грозный эндогенный источник осложнений [2-5].

Развитию инфекционно-воспалительных осложнений при МКБ способствуют некоторые методы исследования цистоскопия, цистография, катетеризация мочеточников, пиелография, при которых имеется риск ретроградного заноса инфекции. Имеют значение и несоблюдение правил асептики и антисептики, сбор инфицированной мочи в открытые дренажные системы, наличие постоянного катетера [5].

Больные МКБ с инфицированными камнями представляют группу повышенного риска развития воспалительных осложнений органов мочеполовой системы, в послеоперационном периоде, обусловленные эндогенными очагами инфекции [5]. В патогенезе развития ИО большую роль играют и факторы, характеризующие состояние организма. Из факторов риска, связанных с состоянием больного МКБ, можно выделить: сахарный диабет, низкий социальный статус, возраст и ожирение, состояние иммунной системы, женский пол [4-5].

Вероятность развития ИО в значительной степени определяется видом операции и сложностью ее проведения. Кроме того большую роль в развитии ИО играют такие факторы, как нерациональное применение антибиотиков, иммунодефицитное состояние больного, предшествующая инфекция, хроническая почечная недостаточность и т. д. [4].

В связи с этим возникает необходимость проведения исследований, направленных на выявление причин, источников, факторов и путей распространения, а также разработку и внедрение мер, повышающих эффективность профилактики и лечения ИО у больных МКБ [5].

Цель исследования. Определить уровень инфекционных осложнений у больных с мочекаменной болезнью в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты комплексных исследований, проведенных у 122 больных с ИО мочевыводящих путей, выявленных у 823 пациентов с МКБ, пролеченных различными методами (табл.1). Выбор 823 больных проведен из 2688 пролеченных больных, не имеющих в момент поступления в стационар признаков инфекционно-воспалительных процессов в мочевыводящие пути (МВП) за период 2015-2018гг. на кафедре урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино при базе ГУ «Республиканского научно-клинического центра урологии».

Консервативное лечение проведено 136 больным, открытые традиционные операции проведены 330 больным. Малоинвазивные вмешательства в частности, дистанционная ударно-волновая литотрипсия (ДУВЛ) выполнялась на литотрипторе «Баю Шан» 18 больным; малоинвазивные операции - чрескожная (перкутанная) нефролитотрипсия с литолапаксией (ЧНЛТ) проведена 24 больным и контактная уретролитотрипсия с литоэкстракцией (КУЛТ) проведена 327 больным с применением пневматического литотриптора «Wolf» и набора инструментов фирмы «Karl Storz» на рентген урологическом столе фирмы «Toshiba» (Япония).

Таблица 1. - Количество и процентное соотношение методов лечения МКБ

Методы лечения	Количество пациентов	
	абсолютное количество	процентное соотношение
Консервативное лечение	136	16,5 %
Открытые операции	330	40,1 %
ДЛТ	18	2,2 %
ЧНЛТ	12	1,5 %
КУЛТ	327	39,7 %
Всего	823	100 %

Всем 122 больным с инфекционными осложнениями проведены общепринятые клинические, биохимические и микробиологические исследования крови, дренажной жидкости, мочи и гнойного отделяемого.

Ультразвуковое исследование почек, мочеточников и мочевого пузыря выполняли на аппарате «Aloka SSD-630» и «Feuda UF-4100», Япония.

Рентгенологические методы исследования включали: обзорную и экскреторную урографию, пиелографию, цистографию, уретрографию с использованием высокоатомных йодсодержащих контрастных веществ (тразограф, триомбрат и омнипак).

Эндоскопические методы исследования: уретроскопия, цистоскопия, уретеропиелоскопия были проведены по показаниям на аппаратуре фирмы «Karl Storz».

Результаты исследования и их обсуждение. Диагноз ИО ставили на основании клинически выраженной инфекции МВП, бессимптомной бактериурии и инфицирования тканей околопочечного и забрюшинного пространства, использования во время пребывания больных в стационаре для лечения антибиотиков, антисептиков, физиотерапевтических и других противовоспалительных процедур.

Для определения механизма инфицирования проводили микробиологические исследования мочи, отделяемых дренажа и раны и т.п. Методом случайной выборки медицинской документации 823 больных МКБ с проведенными различными оперативными вмешательствами в ГУ «Республиканского научно-клинического центра урологии» с 2015 по 2018 гг. выявлено 122 случая ИО. Как видно из общего количества, ИО составили 14,8%. После открытых традиционных операций у больных МКБ в мочевыводящих путях ИО возникали - в 71 (58,1%) случае, после малоинвазивных операций – в 51 (41,9%) случае.

ИО возникали в ходе или после проведенного в стационаре обследования и лечения больных, у которых в микробиологических анализах дренажной жидкости, гнойного отделяемого, мочи и т.п. высевались различные штаммы микроорганизмов, отсутствовавшие в момент поступления в стационар.

Таблица 2. - Структура и удельный вес отдельных клинических проявлений ИО после проведенного открытого оперативного лечения

Вид операции	Вид и количество ИО								Итого
	Острый пиелонефрит	Острый цистит	Острый паранефрит	Пионефроз	Острый эпидидимоорхит	Острый уретрит	Нагноение п/о раны	Уросепсис	
Нефрэктомия	2	1	1		1	2	1		8
Пиелолитотомия	10	1					1		12
Пиелонефролитотомия с нефростомией	23	1	1	3		1	1	2	32
Уретролитотомия	1	2		1	1	2	2		9
Цистолитотомия		5				4	1		10
Всего	36	10	2	4	2	9	6	2	71

Наиболее часто ИО возникали после проведения пиелонефролитотомии, пиелолитотомии и цистолитотомии, которые составили 76%.

В представленной таблице видно, что наиболее часто ОИ возникали после проведения КУЛТ, ДЛТ мочеточника, контактной цистолитотрипсии и уретеролитоэкстракции, которые составили 66,6%.

Выявлены различные темпы возникновения ИО у больных, прооперированных как в экстренном, так и в плановом порядке. У больных, прооперированных в экстренном порядке, ИО возникали, в основном, в первую неделю после операции (66-70%).

Таблица 3. - Структура и удельный вес клинических проявлений ИО у больных с МКБ при малоинвазивных оперативных вмешательствах

Вид операции	Вид и количество ИО								Итого
	Острый пиелонефрит	Острый цистит	Острый паранефрит	Пионефроз	Острый эпидидимоорхит	Острый уретрит	Нагноение п/о раны	Уросепсис	
ДЛТ камней почек	5			1					6
ДЛТ камней мочеточника	7								7
ДЛТ мочевого пузыря		3			1				4
ЧНЛТ и лапаксия	5	1						1	7
Литоэкстракция	8								8
КУЛТ со стентированием	5	2							4
КУЛТ камней мочевого пузыря	2	8			1	1			12
Всего	32	14	-	1	2	1	-	1	51

Таблица 4. - Показатели заболеваемости ВБИ у больных МКБ, прооперированных в плановом и экстренном порядке

Нозологические формы ВБИ	Вид операции				Итого	
	Экстренные		Плановые			
	Абс.	%	Абс.	%		
Острый пиелонефрит	40	32,7 %	28	22,9 %	68	55,8 %
Острый цистит	13	10,6 %	11	9,3 %	10	8,2 %
Острый паранефрит	2	1,6 %	-	-	24	19,6 %
Острый эпидидимоорхит	3	2,5 %	1	0,8 %	4	3,3 %
Острый уретрит	6	4,9 %	4	3,2 %	5	4,1 %
Нагноение п/о раны	4	3,2 %	2	1,6 %	6	4,9 %
Пионефроз	3	2,6 %	2	1,6 %	2	1,6 %
Уросепсис	3	2,5 %	-	-	3	2,5 %
Всего	74	60,6 %	48	39,4 %	122	100 %

Отмечены существенные различия в частоте ИО в зависимости от тяжести основного заболевания и, связанной с ней, сложности проводимой операции. Так, при тяжёлых формах МКБ (МКБ с гидронефрозом, МКБ с пионефрозом, МКБ с острым пиелонефритом и коралловидными камнями, уросепсис), её показатель заболеваемости был в 3,5-4,0 раза выше ($p < 0,001$), чем при лёгких формах заболевания (единичные камни лоханки, камни мочеточника).

Изучение зависимости частоты возникновения ИО, связанных с продолжительностью оперативных вмешательств, выявило достоверное увеличение показателей заболеваемости в зависимости от сроков проведения операции. Как при экстренных, так и при плановых операциях, длящихся более 2 часов, уровень заболеваемости ИО возрастал в 2,0-2,5 раза ($p < 0,001$) по сравнению с краткосрочными операциями - менее 1 часа. Отмечено, что у больных МКБ, имеющих в анамнезе сахарный диабет, после оперативных вмешательств показатель ИО был в 6,5-7,0 раза выше ($p < 0,001$), чем у больных, не страдающих этим заболеванием.

Таким образом, проведённые нами исследования позволили определить ряд клинических проявлений ИО, которыми являются: острый пиелонефрит – 55,7%, острый цистит – 19,7% и острый гнойный уретрит – 8,2%. А так же риск возникновения ИО у больных с МКБ зависит от сложности оперативного вмешательства, тяжести основного заболевания, длительности проведения операции, возраста больного, сопутствующих заболеваний, в частности сахарного диабета.

Список литературы

1. Усманова, Г.М. Пути совершенствования санитарно-противоэпидемического надзора и мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций в родовспомогательных учреждениях: автореф. дис... канд. мед. наук / Г.М.Усманова. – Душанбе, 2002. – 24с.
2. Intraabdominal infections treated with cefaperasone/sulbactam / V. Kremery [et al.] // 4-th Eur. Cong. Chemother. Paris. – 2002. – №7. – P. 268-271.
3. Micropatterned surfaces for reducing the risk of catheter-associated urinary tract infection: an in vitro study on the effect of sharklet micropatterned surfaces to inhibit bacterial colonization and migration of uropathogenic Escherichia coli / Shrivanti T.Reddy [et al.] // Journal of endourology. – 2011. – №9. – P. 1547-1552.
4. Нозокомиальная инфекция после чрескожной нефролитотомии у детей / А.С. Саидахмедова [и др.] // Сб. трудов XI конференции молодых учёных-медиков стран СНГ. – Алматы, 2011. – С. 326-329.
5. Саркулова, М.Н. Характер и этиологическая структура внутрибольничной инфекции у урологических больных / М.Н. Саркулова // Урология. – 2006. – №1. – С. 19-22.

РЕЗУЛЬТАТЫ НЕФРОПЕКСИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СЕТОК ИЗ ПОЛИПРОПИЛЕНА (PROLENE) И ПОЛИПРОПИЛЕНА/ПОЛИГЛЕКАПРОНА (ULTRAPRO)

Севастьянов Л.В., Абагов Н.Т., Асамиданов Е.М., Сыздыков А.Г., Ескермесов Д.Б.

Кафедра хирургических болезней №3 НАО Медицинский университет Караганды. Казахстан

Актуальность. Наиболее распространенной методикой нефропексии на сегодняшний день является лапароскопическая нефропексия с применением полипропиленового имплантата. Безопасность и надежность полипропиленового материала для фиксации почки доказана во многих клинико-экспериментальных исследованиях [1,2,3], при этом отмечается, что использование данного материала имеет ряд недостатков: применение полипропиленового протеза приводит к формированию в зоне фиксации плотного инфильтрата с исходом в грубый деформирующий рубец. Контакт поясничных мышц с полипропиленовой сеткой вызывает плотное сращение мышечных волокон с синтетическим материалом, что приводит к нарушению их функции. Кроме того, сетчатый имплантат обладает травмирующим действием, повреждает капсулу почки в зоне фиксации, что приводит к сдавлению, нарушает кровообращение, сопровождается развитием хронического воспаления и потере физиологической подвижности оперированной почки [4].

Наряду с полипропиленовой сеткой общеизвестна и давно используется для нефропексии облегченная сетка UltraPro, которая является частично рассасывающейся облегченной монофиламентной сеткой и состоит примерно из одинаковых частей нерассасывающихся полипропиленовых волокон и рассасывающихся полиглекапроновых волокон. Экспериментально было показано, что уменьшение количества нерассасывающегося материала (полипропилена) создавало условия для более быстрого стихания воспаления в тканях и в то же время приводило к формированию более «мягкого» рубца и в более поздние сроки [5]. Таким образом, частично рассасывающаяся сетка UltraPro, обладая лучшими, физико-химическими свойствами, может опосредовать лучшие клинические результаты нефропексии, но, невзирая на лучшие физико-химические свойства, имплантат из частично рассасывающейся сетки, теоретически, может быть причиной рецидива опущения почки в отдаленном послеоперационном периоде.

Цель исследования: изучение клинических результатов лапароскопической коррекции нефроптоза с применением сетчатых имплантатов из полипропилена (Prolene) и комбинированной сетки UltraPro.

Материал и методы исследования. В основную группу вошли 20 пациентов (группа I, n=20) с симптоматическим нефроптозом, которые были оперированы лапароскопическим доступом с применением облегченной частично рассасывающейся сетки UltraPro. Контрольную группу составили 20 пациентов (группа II, n=20), оперированные также лапароскопическим доступом, но с применением полипропиленового сетчатого имплантата (Prolene). На этапе обследования до и после операции проводились: опрос и осмотр пациентов, интерпретация лабораторных данных, УЗИ почек и почечных сосудов в режиме ЦДК, экскреторная урография, а также оценка качества жизни пациентов до и после операции с помощью стандартизированного опросника SF-36.

Результаты исследования и их обсуждение. Преимущество составили лица женского пола 36 пациентов (90%), мужчин – 4 пациента (10%). Средний возраст пациентов, в первой группе составил $32,2 \pm 11,2$ лет, во второй группе – $31,8 \pm 10,2$ года. Правосторонний симптоматический нефроптоз выявлен у 38 (95%) обследованных. Пациенты были сопоставимы по массе тела: в I группе масса тела варьировала от 47 до 75 кг, средний вес составил $64,8 \pm 8,0$ кг, во II группе – от 50 до 76 кг, со средним показателем $64,9 \pm 7,7$ кг. В I группе опущение 2 степени выявлено у 13 (65%) пациентов, опущение 3 степени выявлено у 7 (35%) пациентов. Во II группе опущение 2 степени выявлено у 15 (75%) пациентов, 3 степени – у 5 (25%) пациентов. Ведущим патологическим синдромом был болевой. Изменений в общеклиническом анализе крови, а также повышения азотистых шлаков крови у пациентов обеих групп не отмечалось. В общем анализе мочи выявлен патологический осадок в виде протеинурии, лейкоцитурии, эритроцитурии и бактериурии. Достоверных различий по данным показателям в группах не выявлено. Показатели ПСК (см/с) в почечной артерии и сегментарных артериях на стороне опущения в положении стоя до операции в группах не имели достоверных различий. В первой группе показатель ПСК в почечной артерии составил $67,8 \pm 9,1$, в сегментарных артериях – $45,3 \pm 4,6$. Во второй группе – $68,0 \pm 9,2$ и $44,8 \pm 4,7$ соответственно. Длительность операций в среднем в I группе (UltraPro, n=20) составила $74,5 \pm 13,9$ минут, во II группе (Prolene, n=20) – $71,5 \pm 11,5$ минут. Койко-день в среднем составил $5,4 \pm 1,6$ в I группе и $5,4 \pm 1,1$ дней.

Боли в области оперированной почки в ортостазе периодического, либо постоянного характера через 1 месяц послеоперационного периода отмечали 17 (85%) пациентов I группы и 18 (90%) пациентов II группы, но, несмотря на это все пациенты отметили улучшение общего состояния. При этом субъективное ощущение инородного тела на данном сроке обследования отмечали 3 (15%) и 5 (25%) пациентов соответственно. Через 6 месяцев после операции боли в области оперированной почки в ортостазе отметили 1 (5%) пациент в I группе, и 3 (15%) пациентов во II группе, но боли были менее выражены, чем ранее. Эти же больные сообщали о сохраняющемся ощущении инородного тела в области оперированной почки. По данным УЗИ через 1 месяц после операции отмечалось ограничение подвижности оперированной почки: в I группе (UltraPro) в пределах $1,94 \pm 0,9$ см, во II группе (Prolene) – $1,62 \pm 0,8$ см. Далее, эти показатели несколько увеличились в сторону большей подвижности оперированной почки, и через 6 месяцев после операции составили: $3,0 \pm 0,7$ см в I группе, и $2,34 \pm 0,7$ см во II группе. При исследовании сосудов почек в режиме ЦДК через 6 месяцев после операции отмечено улучшение почечного кровотока – повышение показателей пиковой скорости кровотока в почечной артерии и сегментарных артериях у пациентов обеих групп – $90,5 \pm 8,7$ и $60,5 \pm 5,3$ в I группе, $89,3 \pm 9,1$ и $60,6 \pm 5,1$ во II группе соответственно ($p > 0,05$). Экскреторная урография в обеих группах проводилась всем пациентам через 6 месяцев после операции. Рецидива заболевания в обеих группах не выявлено. Показатели качества жизни пациентов через 6 месяцев после операции по всем шкалам опросника были выше в I группе (UltraPro, n=20). Наиболее высокие различия продемонстрированы в шкалах, отражающих физический компонент здоровья и интенсивность боли. Физическое функционирование у

пациентов I группы выше на 8,75 балла, ролевое физическое функционирование выше на 22,5 балла. По шкале интенсивности боли через 6 месяцев показатели в I группе выше на 19,9 балла. В I группе физический компонент здоровья составил $51,77 \pm 7,6$ балла, психологический компонент – $57,72 \pm 4,2$ балла. Во II группе – $44,62 \pm 10,2$ балла и $55,32 \pm 5,9$ балла соответственно.

Выводы: 1. Лапароскопическая нефропексия с применением сетчатых имплантатов является адекватной малотравматичной методикой коррекции нефроптоза. Применение комбинированной облегченной сетки UltraPro обуславливает лучшие клинические результаты в отдаленном послеоперационном периоде по сравнению с полипропиленовой сеткой Prolene.

2. При комплексном обследовании пациентов в различные сроки после оперативного лечения, отмечается достоверное улучшение гемодинамических показателей в оперированной почке в обеих группах. Применение облегченного синтетического имплантата UltraPro с большей частотой способствовало восстановлению физиологической подвижности почки в отдаленном послеоперационном периоде; I группа (UltraPro, n=20) – $3,0 \pm 0,7$ см, II группа (Prolene, n=20) – $2,3 \pm 0,7$ см;

3. Применение облегченного синтетического сетчатого имплантата UltraPro для нефропексии демонстрирует более высокие показатели физического компонента качества жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде. В I группе (UltraPro, n=20) физический компонент здоровья составил $51,77 \pm 7,6$ балла, психологический компонент – $57,72 \pm 4,2$ балла. Во II группе (Prolene, n=20) физический компонент здоровья составил $44,62 \pm 10,2$ балла, психологический компонент – $55,32 \pm 5,9$ балла.

4. Комбинированный частично рассасывающийся облегченный сетчатый материал UltraPro является наиболее приемлемым синтетическим имплантатом для коррекции нефроптоза, предотвращающим развитие рецидива заболевания, а также демонстрирующим лучшие клинические результаты в отдаленном послеоперационном периоде по сравнению с полипропиленовой сеткой Prolene.

Список литературы

1. Нефроптоз: новые методы оперативного лечения с применением полипропиленовой сетки / В.Б. Полутин [и др.] // Вестник. - 2015. - № 2. - С. 105-107.
2. Нестеров, С.Н. Современный взгляд на проблемы нефроптоза / С.Н. Нестеров, Б.В. Ханалиев, Х.Х. Мамедов // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2014. - Т.9, №2. - С. 99-105.
3. Васин, Р.В. Оптимизация оперативного лечения нефроптоза с использованием лапароскопического доступа (экспериментально - клиническое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.В. Васин. – Рязань, 2010. – 27 с.
4. Никольский, А.В. Лапароскопическая нефропексия ксеноперикардом / А.В. Никольский, Д.А. Демидов, М.С. Александров // Урологические ведомости. - 2015. - Т.5, №1. - С. 68-69.
5. Сравнительная оценка стандартных, композитных и «облегченных» синтетических протезов, применяемых для герниопластики (экспериментальная работа) / А.Л. Шестаков [и др.] // Курский научно-практический вестник "Человек и его здоровье". – 2017. – № 2. – С.81-87.

ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ У РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

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

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

²Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

Актуальность. Варикозное расширение вен нижних конечностей (ВВ) является относительно распространенным заболеванием, его распространенность по обзорным литературным данным, составляет от 2% до 56% у мужчин и от 1% до 73% у женщин во всем мире, вариация распространенности зависит от географического региона, распределения факторов риска населения, точности применения диагностических критериев, качества доступности медицинских, диагностических и лечебных ресурсов [1].

В одном из исследований заболеваемость варикозом была отмечена в азиатских этнических группах-18,7%. Варикозное расширение вен нижних конечности является многофакторным. Основными факторами риска являются: наследственность, пол, ожирение и многоплодная беременность. К вторичным факторам риска относятся условия и режим определенных профессий на рабочем месте (ортостаз). Популяционные исследования, проведенные в Дании у работников, которые проводят в положении стоя более 75% своей рабочей смены и работников других профессий. В результате обнаружили высокий риск встречаемости симптомов заболеваний вен в первой группе больше, чем во второй группе. Медицинская профессия воспринимается как профессия высокого риска, в которой работники находятся длительное время в сидячей и стоячей позиции [2].

В связи со спецификой своей работы средним медработникам приходится пребывать длительное время на ногах, и большинство из них это женщины, так что они подвержены значительно большему риску варикозного расширения вен, чья заболеваемость на 60% выше, чем у простых людей. Заболеваемость варикозным расширением вен у медсестер, работающих на высоких этажах, в больнице Ningxia составляет 31,9%. Пребывание в стоячей позиции длительное время, сверхурочная работа и слишком высокий индекс массы тела (ИМТ) являются основными факторами риска варикозного расширения вен среди медсестер [3]. Другие исследователи, рассматривающие факторы риска варикозной болезни у определенных профессиональных групп, например Chen CL, и Guo HR, у парикмахеров сообщили, о частоте встречаемости варикозного расширения вен, об увеличении его с удлинением рабочего времени в положении стоя, таким образом, подтверждая связь заболеваемости ВВ с профессиями, включающими долгие часы пребывания в положении стоя [4].

Данные исследований других стран, где изучены факторы риска длительное пребывание на ногах (75 % рабочей смены) по частоте составляет от 30 до 60 %. В нашей Республике встречаемость варикозных вен нижних конечностей, по данным Султанова Д.Д и соавт. [5], составляет 48,5 % сельского населения , однако в данной исследовании не имеется подробных данных о связи фактора риска как длительного пребывания на ногах и варикозной болезнью.

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

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

Результаты исследования и их обсуждение. Различные стадии варикозной болезни нижних конечностей были выявлены у 28 (31,1%) обследованных. Так, у большинства медперсонала (n=18; 64,3%) имела место лёгкая форма патологии –ретикулярный варикоз и телеангиоэктазия. Расширение ствола подкожных вен и их ветвей были диагностированы у 7(7,8%) пациентов первой (n=4; 13,3%), второй (n=2; 6,7%) и третьей (n=2; 6,7%) групп соответственно. Третий класс заболевания по СЕАР был выявлены всего лишь у 3(10,7%) пациенток первой группы. Во второй и третьей группах этот класс патологии ни разу не был выявлен. Также не выявлены тяжелые формы заболевания с явлениями индурации и венозных трофических язв у всех обследованных.

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

Ранний послеоперационный период. Болевой синдром был выражен у всех больных после традиционной флебэктомии на протяжении всей первой послеоперационной недели, тогда как у больных после ЭВЛО – в течение от 1 до 3 дней его регистрировали только у 5 пациентов. Интенсивность боли также была достоверно выше в 1-й группе (традиционная флебэктомия) . Длительность приема обезболивающей терапии в среднем составляла в 1-й группе $4,5 \pm 0,7$ дня, во 2-й группе – $1,5 \pm 0,1$ дня ($p < 0,05$).

В послеоперационном периоде кровоподтеки в 1-й группе выявлены у 25 пациентов, во 2-й – у 17. Парестезии отмечали у 2 пациентов в 1-й группе и у 1 пациента во 2-й. Различия по этим показателям было достоверно между сравниваемыми группами пациентов. Тромбоз глубоких вен в обеих группах не наблюдался.

Длительность временной нетрудоспособности пациентов после традиционной флебэктомии составляла: на стационарном этапе – 4 ± 2 дня, на амбулаторном этапе – 15 ± 2 дня. Пациентам в группе ЭВЛО лечение проводилось в нерабочее время, специальной реабилитации и амбулаторного лечения не требовалось, поэтому в выдаче больничного листа необходимости не было. При визуальном осмотре пациентов обеих групп можно заметить, что в 1-й группе рубцы после оперативного вмешательства более заметны, чем во 2-й группе, где следов практически нет.

Выводы. Распространенность различных форм варикозной болезни встречалась у 31.1% медицинского персонала. Это является свидетельством того, что медицинские работники относятся к профессиональной группе высокого риска развития по варикозной болезни. При этом как сама патология, так и более тяжелая её форма – третий класс по классификации СЕАР встречается среди медперсонала хирургического и операционного блоков, что обусловлено длительным стоянием в вертикальном положении.

Список литературы

1. Ebrahimi, H. Prevalence and Risk Factors of Varicose Veins among Female Hairdressers: A Cross Sectional Study in North-east of Iran // H. Ebrahimi, F. Amanpour, N. Bolbol , J. Haghighi // Res Health Sci.- 2015. - N15(2). – P.119-123.
2. Tüchsen, F. Prolonged standing at work and hospitalisation due to varicose veins: A 12 year prospective study of the Danish population.// F. Tüchsen, H. Hannerz, H. Burr, N. Krause //Occupational and Environmental Medicine. - 2005. - Vol. 62. – P.847–850.
3. Influencing factors for lower extremity varicose veins in female nurses in East China // Erding Li, Cao Shuyan, Zheng Weiwei, Yin Ying // Biomedical Research. – 2017. - Vol. 28, N20. – P. 9039-9045.
4. Varicose veins of the legs among nurses: occupational and demographic characteristics // H. Sharif Nia [et al.] // Int J Nurs Pract. – 2015. - Vol. 21. – P.313-320.
5. Факторы риска развития варикозной болезни у сельского населения южного региона Таджикистана // А.Д. Гаибов [и др.] // Новости хирургии. -2012. -Т 20, №4. - С. 48-51.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕТОДОМ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ОБЛИТЕРАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИАЛЬНОГО СВЕТОВОДА И ТРАДИЦИОННОЙ ФЛЕБЭКТОМИИ

Солиев О.Ф.¹, Султанов Д.Д.^{1,2}, Гульмурадов У.Т.², Джаборов Х.А.¹, Туйчиев Ж.А.¹

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

²Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии. Таджикистан

Актуальность. В настоящее время в хирургическом лечении варикозной болезни вен нижних конечностей (ВБВНК) вместо традиционного способа – комбинированной флебэктомии – все чаще стали использовать малоинвазивные методы: эндовенозную лазерную облитерацию (ЭВЛО) и радиочастотную облитерацию (РЧО). Это объясняется стремлением снизить травматичность оперативного вмешательства, улучшить качество жизни пациента и сократить длительность временной нетрудоспособности в послеоперационном периоде, обеспечить лучший косметический результат, уменьшить финансовые затраты на лечение. К сожалению, в нашей стране доля малоинвазивных операций пока невелика, тогда как в развитых странах мира может достигать 90% [1]. Данные метаанализов зарубежных исследований показывают, что ЭВЛО имеет более высокий уровень безопасности и эффективности как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки по сравнению с традиционной флебэктомией [2]. Технология метода ЭВЛО за последние годы подверглась существенному изменению: на смену торцевому световоду пришел радиальный. Данные об эффективности ЭВЛО с использованием радиального световода представлены лишь небольшим количеством публикаций зарубежных авторов [3]

Цель исследования. Дать сравнение послеоперационных и отдаленных (через 6 мес) результатов двух хирургических методик лечения ВБВНК: классической флебэктомии и ЭВЛО с использованием радиального световода.

Материал и методы исследования. В отделении хирургии сосудов ГУ РНЦССХ в период с января по июнь 2019 года. В исследование были включены 54 пациента (72 нижние конечности) с ВБВНК в бассейне большой подкожной вены (БПВ), которые были разделены на две группы. 1-я группа – 29 пациентов (36 прооперированная конечность) которым выполнялась традиционная флебэктомия; 2-я группа – 25 пациентов (36 прооперированных конечностей), ЭВЛО с использованием радиального световода. Традиционную флебэктомию выполняли под спинальной анестезией. Из пахового доступа проводилась кроссэктомия, далее инверсионным методом с помощью зонда Бэбкока через разрез в верхней трети голени осуществлялся короткий стриппинг. Варикозно расширенные притоки и несостоятельные перфорантные вены удалялись с помощью флебэкстрактора Варади (минифлебэктомия). ЭВЛО проводилась через пункционный доступ БПВ в верхней трети голени или спереди медиальной лодыжки, радиальный световод под контролем УЗИ позиционировался у устья поверхностной надчревной вены. Перед облитерацией под контролем УЗИ проводится тумесцентная анестезия раствором Кляйна. Облитерация ствола БПВ проводилась лазером ЛАХТА-МИЛОН производства группы компаний «МИЛОН» с длиной волны 1470 нм и радиальным световодом производства НПП ВОЛО или группы компаний «МИЛОН» мощностью 8–12 Вт в непрерывном режиме. 12 Вт в непрерывном режиме. Варикозно расширенные притоки удалялись из проколов с помощью мини флебэкстрактора Варади.

Результаты исследования и их обсуждение.

Ранний послеоперационный период. Болевой синдром был выражен у всех больных после традиционной флебэктомии на протяжении всей первой послеоперационной недели, тогда как у больных после ЭВЛО – в течение от 1 до 3 дней, что зарегистрировали только у 5 пациентов. Интенсивность боли также была достоверно выше в 1-й группе (традиционной флебэктомии). Длительность приема обезболивающей терапии в среднем составляла в 1-й группе $4,5 \pm 0,7$ дня, во 2-й группе – $1,5 \pm 0,1$ дня ($p < 0,05$).

В послеоперационном периоде кровоподтеки в 1-й группе выявлены у 25 пациентов, во 2-й – у 17. Парестезии отмечали у 2 пациентов в 1-й группе и у 1 пациента во 2-й. Различия по этим показателям было достоверно между сравниваемыми группами пациентов. Тромбоз глубоких вен в обеих группах не наблюдался.

Длительность временной нетрудоспособности пациентов после традиционной флебэктомии составляла: на стационарном этапе – 4 ± 2 день, на амбулаторном этапе – 15 ± 2 дня. Пациентам в группе с ЭВЛО лечение проводилось в нерабочее время, специальной реабилитации и амбулаторного лечения не требовалось, поэтому в выдаче больничного листа необходимости не было. При визуальном осмотре пациентов обеих групп можно заметить, что в 1-й группе рубцы после оперативного вмешательства более заметны, чем во 2-й группе, где следов практически нет.

Выводы. При анализе послеоперационных результатов проведенного нами исследования было обнаружено преимущество ЭВЛО перед традиционной флебэктомией. Схожие результаты прослеживаются во многих работах зарубежных авторов [4]. Это вполне объяснимо, т. к. при стриппинге, в отличие от ЭВЛО, происходит более сильная травматизация самой подкожной вены – отрыв от нее ветвей с кровоизлияниями в подкожную клетчатку и окружающих вену структур: лимфатических путей, мелких нервов, что сопровождается большой зоной посттравматического воспаления, а значит, и более длительным периодом стихания воспалительной реакции. Отдаленные результаты в группе, где проводилась ЭВЛО, показывают, что частота абляции (фиброзирования и рассасывания вены) достигла 100%, что означает отсутствие тока крови в БПВ. Низкий уровень рецидива заболевания может быть связан с тем, что процедура проводилась с использованием радиального световода при длине волны 1470 нм, что также совпадает с мнением зарубежных исследователей [5] ЭВЛО является менее травматичной процедурой, нежели классическая флебэктомия, а также имеет более косметические результаты. ЭВЛО с радиальным световодом является хорошей альтернативой традиционной флебэктомии даже по многим параметрам ее превосходит.

Список литературы.

1. Cullen, K.A. Ambulatory Surgery in the United States / K.A. Cullen, M.J. Hall, A. Golosinskiy // National Center for Health Statistics. - 2009, 11.
2. A systematic review and meta-analysis of the treatments of varicose veins // M.H. Murad [et al.] // J. Vasc. Surg. – 2011. - N53 (Suppl. 5). - 49S-65S.
3. A systematic review and meta-analysis of the treatments of varicose veins / M.H. Murad [et al.] // J. Vasc. Surg.. – 2011. - N 53 (Suppl. 5). – P. 49-65.
4. Endovenous therapies of lower extremity varicosities: A meta-analysis / R. Van den Bos [et al.] // J. Vasc. Surg. – 2009. - N49(1). – P.230-239.
5. Hirokawa, M. Comparison of are-tip and radial fiber in endovenous laser ablation with 1470 nm diode laser / M. Hirokawa, N. Kurihara // Ann Vasc Dis. -2014. - N7(3). – P.239 - 245. <https://doi.org/10.3400/avd.oa.14-00081>

ВЛИЯНИЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ ЭКСТРЕННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА УРОВЕНЬ ГЕМОГЛОБИНА И РАЗВИТИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫМИ ТРАВМАМИ

Сорокин Э.П., Шиляева Е.В., Старовойтов С.О.

Кафедра хирургических болезней с курсом анестезиологии и реаниматологии ФПК и ПП ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ. Россия

Актуальность. Постоянно сохраняющаяся тенденция к росту числа травм сопровождается увеличением количества повреждений, носящих торакоабдоминальный характер [1, 4, 5]. Данные травмы характеризуются выраженной тяжестью состояния пострадавших, большим числом диагностических и лечебно-тактических ошибок [2]. Несмотря на развитие медицинской науки, частота развития осложнений при торакоабдоминальных травмах не уменьшается, что требует дополнительного исследования предикторов риска развития осложнений и посттравматического стрессового ответа [1, 3, 4].

Цель исследования – оценить влияние тактики инфузионной терапии во время экстренного оперативного вмешательства для развития осложнений и динамики уровня гемоглобина у пострадавших с торакоабдоминальными травмами.

Материалы и методы исследования. Были изучены 244 медицинские карты стационарных больных, пролеченных в отделении торакальной хирургии и отделении анестезиологии-реанимации по поводу торакоабдоминальных травм и тангенциальных ранений. Пациенты были разделены на две группы: первая – пострадавшие, пролеченные в период с 1 января 2009 года по 31 декабря 2013 года, вторая – с 1 января 2014 года по 31 декабря 2016 года. Средний возраст пострадавших в первой группе составил 32[26-44] года, во второй группе – 34[27-45] лет. Тяжесть травм по шкале ISS оценена на 21,5[17-26] и 19[10-26] баллов соответственно. Группы не имели статистически значимых различий по возрасту и тяжести травм ($p > 0,05$).

По результатам изучения данных первой группы были установлены предикторы риска развития инфекционных осложнений у пострадавших с торакоабдоминальными травмами. К ним относятся возраст старше 40 лет, закрытый характер травмы, отсутствие признаков алкогольного опьянения при поступлении в стационар, положительные значения индекса Кердо, концентрация гемоглобина менее 110 г/л до экстренного оперативного вмешательства и менее 90 г/л в раннем послеоперационном периоде, длительность операции более 120 минут, повреждение полых органов, значимые повреждения внутренних органов в двух полостях, зафиксированная в операционной гипотония (САД менее 90 мм рт ст), необходимость в трансфузии СЗП во время экстренного оперативного вмешательства, потребность в продленной ИВЛ в послеоперационном периоде. На основании полученных сведений были разработаны оригинальные Шкала ранней оценки риска инфекционных осложнений (ШОРИ) и Шкала оценки риска развития инфекционных осложнений в раннем послеоперационном периоде (ШОРИ 2). Данные шкалы предполагают балльную оценку каждого из представленных выше предикторов, а сумма полученных баллов позволяет предсказать риск развития инфекционных осложнений у пострадавших с торакоабдоминальными травмами в послеоперационном периоде. У пострадавших второй группы риск развития инфекционных осложнений оценивался с помощью разработанных шкал и в соответствии с полученными результатами корректировалась проводимая терапия.

Для оценки эффективности шкал пациенты как первой, так и второй групп были разделены на четыре подгруппы по степеням риска развития осложнений. Рассматриваемые подгруппы не имели статистически значимых различий по возрасту и тяжести состояния (по шкале RAPS) (таблица 1).

Таблица 1. - Сравнительная характеристика подгрупп по ШОРИ

подгруппы	группы	возраст, лет	RAPS, %
	группа 1	26[22-35]	96[92-96]
	группа 2	30[27-33,5]	96[93-96]
	группа 1	29[23-34,5]	96[92-96]
	группа 2	30[25-37]	96[92-96]
	группа 1	42[33-48]	94[89-96]
	группа 2	45[41-52]	96[93-96]
	группа 1	47[37-50]	92[70,5-95]
	группа 2	46[44-53,5]	89[80-92,5]

Инфузионная терапия включала как кристаллоидные препараты, так и коллоиды, показанием для назначения которых являлась нестабильная гемодинамика (срАД менее 70 мм рт ст, ЧСС более 100 в минуту). Нестабиль-

ная гемодинамика при восполненном объеме кровопотери и остановленном или продолжающемся кровотечении являлась показанием для применения препаратов с инотропным действием. Статистически значимых различий по частоте и количеству инотропных препаратов между группами не выявлено ($p > 0,05$).

В условиях операционной мониторинг витальных функций производился с помощью монитора Mindray BeneView T8 (Mindray, Китай). Оценивались такие показатели, как ЧСС, САД, ДАД, срАД, SpO₂. Забор крови для биохимического и общего анализа крови осуществлялся из периферических вен. Определение гемоглобина и гематокрита проводили методами кондуктометрии и лазерно-проточной фотометрии.

Статистический анализ осуществлялся с использованием пакета прикладных программ для статистической обработки данных Microsoft Excel. Кроме того, использовались автоматические калькуляторы сайтов www.psycholok.ru, www.medstatistic.ru. Вычислялись относительные и средние величины, медианы, 25 и 75 квартили, рассчитывались критерии Манна-Уитни и Колмогорова-Смирнова, Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение. Был изучен уровень гемоглобина на разных этапах исследования в зависимости от оценки по шкале ШОРИ. Установлено, что в предоперационном периоде концентрация гемоглобина не выходила за пределы референтных значений и при этом не было статистически значимых различий между одноименными подгруппами (таблица 2).

Таблица 2. - Уровень гемоглобина при поступлении в стационар в зависимости от оценки по ШОРИ

подгруппы	гемоглобин, г/л		достоверность
	группа 1	группа 2	
A	128[121-162]	151[141-157,5]	U = 33, p > 0,05
B	136[126,5-146,5]	138[122-152]	U = 682, p > 0,05
C	123[108-137]	131[114,5-139]	U = 98, p > 0,05
D	112[92,5-141,5]	97[78,5-124,5]	U = 32, p > 0,05

Также в ходе исследования было выявлено, что при одинаковой тяжести травм (при оценке по шкале ISS) скорость инфузии более 20 мл/кг/час во время экстренного оперативного вмешательства сочеталась с низкими показателями содержания гемоглобина в периферической крови на 1 и 5 сутки после операции (таблица 3).

Таблица 3. - Уровень гемоглобина на 1 и 5 сутки после экстренного оперативного вмешательства и скорость инфузионной терапии во время операции у пациентов с торакоабдоминальными травмами (n = 244)

ú инфузии, мл/кг/час	ISS, баллы	Hb, г/л	
		1 сутки	5 сутки
сутки	1 сутки	1 сутки	5 сутки
≤ 19,9	19[10-26]	128[108-142]	109[86-126]
>20	26[17-26]	97[76-119]	90[78-96]
λ, p	0,99, p=0,3	3,01, p < 0,01	2,21, p < 0,01

Во второй группе скорость инфузии была снижена до 19,9 мл/кг/час во всех подгруппах по сравнению с одноименными подгруппами первой группы (таблица 4).

Таблица 4. - Скорость инфузионной терапии во время экстренного оперативного вмешательства у пострадавших с торакоабдоминальными травмами

подгруппы	Инфузия, мл/кг/час		достоверность
	группа 1	группа 2	
A	16,0[14,6-31,2]	15,2[13,3-20,1]	U = 35, p > 0,05
B	19,6[12,9-28,0]	16,8[14,6-24,6]	U = 629, p > 0,05
C	29,1[15,0-36,6]	16,3[11,1-22,2]	U = 60, p = 0,01
D	18,3[13,2-28,6]	15,6[13,4-27,5]	U = 39, p > 0,05

При этом, несмотря на снижение скорости инфузионной терапии, для пострадавших второй группы характерна более стабильная гемодинамика: выше значения срАД, меньше частота сердечных сокращений. Статистически значимые различия по уровню срАД получены в подгруппах B и C, где в первые сутки после экстренного оперативного вмешательства данный показатель различался на 8,7 % и 15,0 %, а по уровню ЧСС – в подгруппах B и D на третьи сутки после операции (7,0 % и 17,0 % соответственно) (таблица 5).

Таблица 5. - Параметры гемодинамики на 1 и 3 сутки после экстренного оперативного вмешательства у пострадавших с торакоабдоминальными травмами

подгруппа	группа	Этапы исследования			
		III		IV	
		срАД, мм.рт.ст.	ЧСС, в минуту	срАД, мм.рт.ст.	ЧСС, в минуту
	1	87[80-97]	87[80-109]	88,5[83-93]	83[80-86]
	2	88[87-91,5]	80[78-88]	93[88,5-95]	84[80-90]
	1	83[72-89]*	95[86-111]°	93[83-97]	84[80-96]*
	2	87[83-93]*	87[80-93]°	87[83-93]	80[77-87]*
	1	67[62-77]*	102[86-115]	86[81-100]	86[79-105]
	2	83[71-88]*	88[83-105]	92[83-93]	86[80-92]
	1	77[57-87]	106[92-114]	87[78-105]	104[94-110]
	2	77[62-97,5]	96[85-104]	90[90-91]	86,5[80-87]

* p = 0,05 ° p = 0,01

Таким образом, рестриктивный подход к выбору скорости инфузионной терапии при экстренном оперативном вмешательстве с учетом риска развития инфекционных осложнений по шкале ШОРИ позволил как улучшить показатели гемодинамики в послеоперационном периоде, так и снизить число инфекционных осложнений со статистически значимыми различиями у пострадавших с умеренным и высоким риском их развития (таблица 6).

Таблица 6. - Частота развития инфекционных осложнений у пострадавших с торакоабдоминальными травмами

подгруппы	Инфекционные осложнения, %		достоверность
	группа 1	группа 2	
A	7,1	13,3	t<2, p>0,05
B	25,3	10,0	t=2,3, p=0,05
C	51,7	22,2	t=2,1, p=0,05
D	73,7	69,2	t<2, p>0,05

Выводы. Выбор рестриктивной тактики скорости инфузионной терапии во время экстренного оперативного вмешательства у пострадавших с торакоабдоминальными травмами не влияет на стабильность показателей гемодинамики, сопровождается более высокими показателями гемоглобина и снижением числа инфекционных осложнений в группах с умеренным и высоким риском по шкале ШОРИ.

Список литературы

1. Агаларян, А. Х. Особенности диагностики и хирургического лечения повреждений диафрагмы у пострадавших с политравмой / А. Х. Агаларян // Политравма. – 2015. – № 1. – С. 29 – 41.
2. Алиев, С. А. Особенности диагностики и тактики хирургического лечения разрывов диафрагмы при закрытой сочетанной травме груди и живота / С. А. Алиев, Н. Ю. Байрамов, Э. С. Алиев // Вестник хирургии. – 2014. – Т. 173. - № 4. – С. 66 – 72.
3. Пономарев, С. В. Влияние энтерального питания, обогащенного глутамином, на частоту развития инфекционных осложнений у пострадавших с травмой груди и живота / С. В. Пономарев, И. Н. Лейдерман, Э. П. Сорокин, А. В. Сиразутдинова // Сборник статей и тезисов VI Балтийского форума: актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. – Светлогорск, 2016. – С. 41 – 42.
4. Факторы риска развития инфекционных осложнений и гуморальный ответ на травматический стресс у пострадавших с торакоабдоминальными травмами / Э. П. Сорокин, Е. Г. Бутолин, Е. В. Шиляева, А. Я. Мальчиков, В. Г. Иванов // Медицинский алфавит. Неотложная медицина. – 2018. - № 38 (375). – С. 26 – 29.
5. Dang, C. V. The Polytraumatized Patient [Электронный ресурс] / C. V. Dang. – 2015. – Режим доступа : www.emedicine.medscape.com/article/1270888. – [Заглавие с экрана] (дата обращения 06.09.2019).

ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ ЦЕХА КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА ЭЛЕКТРОЛИЗНЫХ ВАНН И ИХ ВЛИЯНИЕ НА АНОМАЛЬНЫЙ РОСТ КОНЬЮНКТИВЫ

Сулейманова Ф.А., Махмадов Ш.К., Бобоева Т.С.

Кафедра офтальмологии и ЛДЦ ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Алюминиевая промышленность является источником поступления в атмосферу ряда загрязняющих веществ (фтористых и сернистых соединений, пыли, оксида углерода, возгонов каменноугольного пека и др.). Это связано с особенностями технологии промышленного получения алюминия, при которой используются такие сырьевые компоненты как глинозем, фтористые соли, нефтяной кокс, каменноугольный пек, которые являются основным источником выбросов вредных веществ в атмосферу. Несмотря на постоянное совершенствование средств и методов ведения технологического процесса, в отрасли до сих пор остается нерешенным большое количество проблем [1,2].

Работники при работе в основных цехах алюминиевого производства в процессе своей трудовой деятельности могут подвергаться влиянию различных неблагоприятных факторов алюминиевого производства, что может служить причиной различных заболеваний, в том числе и органа зрения работников алюминиевого производства [3,4].

Цель исследования. Оценка условий труда работников цеха капитального ремонта электролизных ванн и их влияние на аномальный рост конъюнктивы у работников.

Материал и методы исследования. Проводились исследования вредных производственных факторов цеха капитального ремонта электролизных ванн и их влияние на орган зрения работников. Нами была изучена технология цеха монтажа и капитального ремонта электролизных ванн.

Измерялись параметры микроклимата рабочих мест (температура, относительная влажность, скорость движения воздуха и радиация от нагретых поверхностей окружающих предметов).

При оценке санитарно-гигиенических условий труда работников были проведены следующие пробы: фтористый водород (210 проб), соли фтористоводородной кислоты (146 проб), смолистые вещества (150 проб), пыль (210 проб), окиси углерода (142 проб). Пробы оценивались согласно ГН 2.2.5.1313-03 «Предельно-допустимые концентрации вредных веществ в воздухе рабочих зон». Определение пыли в воздухе рабочих зон проводилось методом, основанным на просасывании воздуха рабочих мест при помощи аспираторов через фильтр АФА определённого объёма воздуха с последующим регистрированием привеса фильтра.

Для выявления изменения со стороны органа зрения нами были проведены следующие офтальмологические исследования: визометрия, биомикромкопия, пробы Ширмера и Норна.

Результаты исследования и их обсуждение. При работе в теплый период в условиях жаркого климата Республики Таджикистан работники цеха по ремонту электролизных ванн, в основном, в течение всей рабочей смены свою производственную деятельность проводили под влиянием экстремальных температурных условий ($30,1 \pm 0,8 - 39,8 \pm 0,5^\circ\text{C}$), это приводит к значительному напряжению процессов терморегуляции организма рабочих.

Материалы исследования показателей микроклимата показывают, что температура, относительная влажность и скорость движения воздуха цеха по ремонту электролизных ванн при работе в зимний период года существенно не отличалась от параметров микроклимата наружного воздуха, и работники практически в течение всей рабочей смены работали в субнормальных температурных условиях, что способствует некоторому охлаждению организма рабочих.

При капитальном ремонте электролизных ванн в воздухе рабочих мест могут образоваться различные химические соединения и пыль. Характер тех или иных загрязнений и их концентрация в воздушной среде цеха по ремонту электролизных ванн зависит от вида ремонтных операций, характера выполняемых рабочих операций, а также места их проведения.

Содержание фтористого водорода в зоне дыхания работников при ремонте электролизных ванн в летнее время года составляло $0,3 - 1,8 \text{ мг/м}^3$ и в 79% случаев наблюдений имело место превышение ПДК. При работе в зимний период года наблюдались аналогичные концентрации фтористого водорода в зоне дыхания рабочих цеха по ремонту электролизных ванн. При этом содержание фтористого водорода в зоне дыхания футеровщиков превышало ПДК в 74% случаев наблюдений (ГН 2.5.686-98).

Концентрация пыли в зоне дыхания работников при кладке бровки электролизных ванн находилась в пределах от $4,3$ до $86,2 \text{ мг/м}^3$ и в 73% случаев наблюдений превышала ПДК. (ГН 2.5.686-98).

При набойке падины электролизных ванн содержание пыли в зоне дыхания работников составляло $3,8 - 52,5 \text{ мг/м}^3$ и в 56% случаев наблюдений превышало ПДК.

Однако при пилении угольных блоков и установки боковых блоков наблюдались весьма высокие концентрации пыли в зоне дыхания работников. Как видно из таблицы 5, при выполнении указанных рабочих операций концентрация пыли в зоне дыхания работников составляла $13,6 - 57,9 - 8,9 - 56,8 \text{ мг/м}^3$ и во всех случаях наблюдений превышала ПДК.

Содержание окиси углерода в зоне дыхания работников при ремонте электролизных ванн в большинстве случаев наблюдений превышало ПДК.

При нагреве падины электролизных ванн при работе в летний период года содержание окиси углерода в зоне дыхания работников составляло $15,0 - 86 \text{ мг/м}^3$ и в 87% случаев наблюдений превышало ПДК. При выполнении аналогичной работы в зимний период года 91% случаев наблюдений содержание окиси углерода превышало ПДК. Более высокие концентрации окиси углерода в зоне дыхания работников наблюдались при набойке падины электролизных ванн, и, независимо от сезона года, во всех случаях наблюдений их концентрация превышала ПДК.

Содержание смолистых веществ составляло $0,2 - 2,6 \text{ мг/м}^3$ и в 26% случаев наблюдений имело место превышение ПДК, что может быть причиной различных заболеваний и, в том числе офтальмологических.

Для выявления аномального роста конъюнктивы были исследованы 205 работников цеха капитального ремонта электролизных ванн. Все обследованные работники были разделены на четыре группы в зависимости от стажа работы: 1-5 лет (I группа), 6-10 лет (II группа), 11-15 лет (III группа), 16 и более лет (IV группа).

Из всего общего числа обследованных птеригиум выявлен у 29,5% и пингвекула у 9,3% работников. Наибольшее количество этих патологий выявлено у стажированных работников цеха капитального ремонта электролизных ванн ($44,3 \pm 3,4 - 80,0 \pm 2,7$). Также, у этих больных нами диагностирован синдром «сухого глаза» (ССГ). Работники с данным синдромом предъявляли жалобы на сухость, жжение и рези, чувства инородного тела, песка, плохую переносимость дыма и яркой освещенности. Указанные синдромы были более выражены к концу рабочей смены.

Выводы. Высокая частота данной патологии может быть связана с длительным воздействием повышенной запыленности, нагревающего микроклимата, фтористых соединений, оксида углерода, инфракрасного излучения на орган зрения работников, потому что именно в этом цехе наибольшее превышение ПДК и ПДУ данных вредных производственных факторов. Следовательно, это и могло послужить причиной к более раннему развитию дистрофических изменений в конъюнктиве глаз рабочих.

Таким образом, полученные нами результаты исследования явились основанием для разработки мероприятий, направленных на оздоровление условий труда и профилактику офтальмологической патологии среди рабочих алюминиевого производства.

Список литературы

1. К вопросу о шламовых полях алюминиевых заводов / А.Н. Баранов [и др.] // *Алюминий Сибири – 2004*. Сб. научных статей. Красноярск. Бона компания, – 2004. – С. 299-300.
2. Утилизация фторсодержащих отходов алюминиевого производства в цементной промышленности / Б.П. Куликов [и др.] // *Экология и промышленность России*. – 2010. – С. 2-4.
3. Методология выявления и профилактики заболеваний, связанных с работой / Н.Ф. Измеров [и др.] // *Медицина труда и пром. Экология*. – 2010. – № 9. – С. 1-7.
4. Профессиональные заболевания легких у работников алюминиевой промышленности в современных условиях / Л.В. Постникова [и др.] // *Медицина труда и промышленная экология*. – 2015. – № 9. – С. 117.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОСНОВНЫХ ЦЕХОВ АЛЮМИНИЕВОГО ПРОИЗВОДСТВА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЦВЕТООЩУЩЕНИЕ РАБОТНИКОВ

Махмадов Ш.К., Бабаев А.Б., Сулейманова Ф.А.

Кафедры офтальмологии, общей гигиены и экологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Актуальность. Алюминиевое производство является динамично развивающейся отраслью отечественной промышленности. Несмотря на постоянное совершенствование средств, и методов ведения технологического процесса, в отрасли до сих пор остается нерешенным большое количество проблем [1].

Работники при работе в основных цехах алюминиевого производства в процессе своей трудовой деятельности могут подвергаться влиянию различных неблагоприятных факторов алюминиевого производства.

Основными вредными производственными факторами являются фтористые соединения, значительная концентрация запыленности воздуха рабочих зон, интенсивные электромагнитные поля, дискомфортные микроклиматические условия, значительная концентрация окиси углерода, сернистого газа и др. [2], что может служить причиной различных заболеваний в том числе и органа зрения работников алюминиевого производства [3,4].

Цель исследования. Гигиеническая оценка условий труда работников основных цехов алюминиевого производства и его влияние на цветоощущение работников.

Материал и методы исследования. Проводились исследования вредных производственных факторов и их влияние на орган зрения работников основных цехов. Исследования выполнялись в трех основных цехах алюминиевого производства, которые отличались по степени загрязненности воздуха рабочих зон различными вредными веществами. Нами была изучена технология цеха по производству обожженных анодов (смесительно-прессовый цех (СПЦ), цех обжига (ЦО), цеха по производству электродов (ЦППЭ)), электролизные цеха и цех монтажа и капитального ремонта электролизных ванн.

Измерялись параметры микроклимата рабочих мест (температура, относительная влажность, скорость движения воздуха и радиация от нагретых поверхностей окружающих предметов).

При оценке санитарно-гигиенических условий труда работников были проведены следующие пробы: фтористый водород (210 проб), соли фтористоводородной кислоты (146 проб), смолистые вещества (150 проб), пыль (210 проб), окиси углерода (142 проб). Пробы оценивались согласно ГН 2.2.5.1313-03 «Предельно-допустимые концентрации вредных веществ в воздухе рабочих зон». Определение пыли в воздухе рабочих зон проводилось методом, основанным на просасывании воздуха рабочих мест при помощи аспираторов через фильтр АФА определённого объёма воздуха с последующим регистрированием привеса фильтра.

Для выявления изменения со стороны органа зрения нами были проведены следующие офтальмологические исследования: визометрия, офтальмоскопия, периметрия, определение цветоощущения по полихроматической таблице Е.Б. Рабкина и определение критической частоты слияния световых мельканий.

Результаты исследования и их обсуждение. Микроклимат рабочих мест в условиях жаркого климата является одним из ведущих производственных факторов неблагоприятно влияющих на организм работников основных цехов алюминиевого производства. Комплексное влияние на организм нескольких факторов (температура, влажность, скорость движения воздуха и инфракрасное излучение от нагретых поверхностей окружающих предметов) может являться причиной напряжения процессов терморегуляции, степень которой зависит от интенсивности действующего фактора.

Температура воздуха на рабочих местах в теплый период года уже в начале смены находилась в пределах 24,9°C и в среднем она составляла 25,4±0,5°C. При работе во второй половине рабочей смены температура воздуха на рабочих местах повышалась до 42,5±0,5°C, а в отдельных случаях она доходила до 44,7°C. При этом более существенная динамика повышения температуры воздуха отмечалась в боковых проходах корпусов (47-48°C).

Исследование относительной влажности воздуха в утренние часы показало в среднем 43,2±3,5%.

Скорость движения воздуха на рабочих местах электролизщиков в течении всей рабочей смены находилась в среднем от 1,6±0,02 до 2,1±0,05 м/сек.

При проведённом исследовании содержание фтористого водорода в среднем составляло 0,46±0,03 мг/м³ и превышение ПДК в 45% случаев наблюдений.

Концентрация солей фтористоводородной кислоты в среднем составляло 0,85±0,04, что превышало гигиенические нормы на 41% отобранных проб воздуха.

Исследование содержания сернистого ангидрида показало, что его концентрация в среднем составляла 10,3±0,5 и имела место превышение ПДК в 51% отобранных проб.

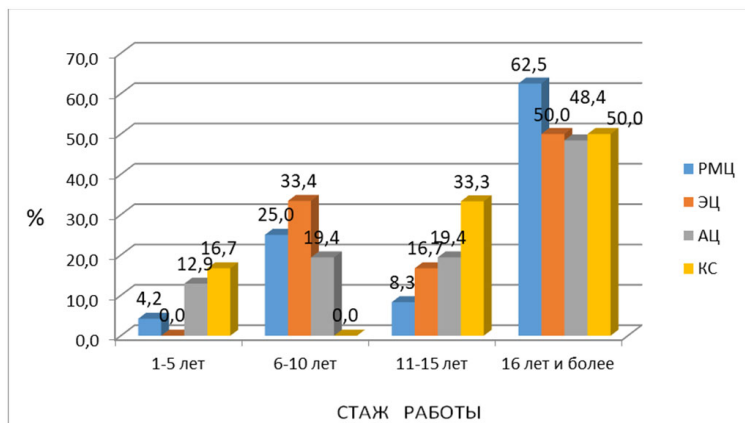
Анализ воздуха рабочих зон на содержание окиси углерода электролизных цехов показывает, что его концентрация в среднем составляла 16,9±0,4 мг/м³, в 22% отобранных проб превышала ПДК.

С целью выявления воздействия вредных факторов алюминиевого производства на цветоощущение нами было проведено обследование органа зрения работников.

Всего обследовано 583 работника. Все обследованные работники были разделены на четыре группы в зависимости от стажа работы: 1-5 лет (I группа), 6-10 лет (II группа), 11-15 лет (III группа), 16 и более лет (IV группа). В каждом цехе выявленные патологии варьировали (Рис1).

Нарушения цветоощущения приобретенного характера выявлены всего у 12,5% из всех обследуемых работников. Наибольшее количество работников с нарушением цветоощущения были обнаружены в цехе монтажа и капитального ремонта электролизных ванн у 62,5±3,3 обследованных.

При остром отравлении окисью углерода у работников выявлено сужение границ поля зрения, чаще на цвета и нарушение темновой адаптации. В более тяжелых случаях наблюдалось снижение и центрального и цветового зрения ($r=0,54$).



Нарушение цветоощущения у работников различных цехов алюминиевого производства

Выводы. При сравнительном анализе между цехами наибольшее количество нарушений цветоощущения были обнаружены у работников цеха монтажа и капитального ремонта электролизных ванн. Возможно, это обусловлено воздействием вредных факторов производственной среды, наблюдающихся в самых высоких концентрациях. Причиной приобретённого характера нарушений цветоощущения, возможно, являются следствия хронической интоксикации работников химическими производственными факторами (*фторсодержащей пыли, окиси углерода, сернистого ангидрида, окислов азота, фтористого водорода, солей фтористоводородной кислоты*), концентрация которых в несколько раз превышала ПДК.

Полученные результаты исследования явились основанием для разработки мероприятий, направленных на оздоровление условий труда и профилактики офтальмологической патологии среди рабочих алюминиевого производства.

Литература

- Куликов Б.П. Утилизация фторсодержащих отходов алюминиевого производства в цементной промышленности / Б.П. Куликов [и др.] // Экология и промышленность России. – 2010. – С. 2-4.
- Бекназарова Г.М. Гигиеническая оценка условий труда в различных цехах алюминиевого производства и влияния вредных производственных факторов на слизистую оболочку верхних дыхательных путей / Г.М. Бекназарова // Вестник Авиценны. – 2012. – № 2. – С. 142-146.
- Измеров Н.Ф. Методология выявления и профилактики заболеваний, связанных с работой / Н.Ф. Измеров [и др.] // Медицина труда и пром. Экология. – 2010. – № 9. – С. 1-7.
- Постникова Л.В. Профессиональные заболевания легких у работников алюминиевой промышленности в современных условиях / Л.В. Постникова [и др.] // Медицина труда и промышленная экология. – 2015. – № 9. – С.117.

БОЛЕЗНЬ И СИНДРОМ РЕЙНО: ОБЩИЕ И ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СЕМИОТИКИ

Султанов Д.Д., Рахмонов Д.А., Камолов А.Н.

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

Актуальность. Болезнь и синдром Рейно имеют широкое распространение как в регионах с холодным, так и жарким климатом [1]. Не является исключением и Республика Таджикистан, о чем свидетельствуют увеличивающаяся тенденция обращающихся больных этими патологиями. Болезнь и синдром Рейно имеют много общих черт и порою, дифференцировать их бывает трудно. Изначально обе эти патологии в литературе объединялись под общим названием «феномен Рейно». В последующем их начали разделять на идиопатический феномен Рейно, т.е., болезнь Рейно (БР), когда каких либо первичных заболеваний не выявляется. Вторичный феномен Рейно, когда он проявляется на фоне другого основного заболевания, называют синдромом Рейно [2,3]. В последние годы в литературе опубликованы работы, рассматривающие болезнь Рейно как отдельное нозологическое заболевание [4]. БР очевидно преобладает над остальными формами (на долю БР приходится 62% всех описанных форм ФР) [5].

Как известно, синдром Рейно (СР) встречается при многих заболеваниях, таких как: синдром верхней грудной апертуры, системные аутоиммунные заболевания, шейно-грудной остеохондроз, болезни Бюргера, облитерирующий эндартериит и др.

Четкая дифференциация болезни и синдрома Рейно имеет важное значение в плане тактики лечения.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений и течения болезни и синдрома Рейно.

Материалом для анализа послужили 186 больных с БР, обследованных и оперированных в сосудистом отделении РНЦССХ. Для изучения и сравнительного анализа клинических проявлений синдрома Рейно были включены в исследование 150 стационарных больных с косто-клавикулярным синдромом, осложнившимся синдромом Рейно, 57 больных синдромом шейного ребра, 24 больных со скаленус синдромом и оперированных в РНЦССХ. Кроме того, были включены в исследование 24 амбулаторных больных синдромом Рейно, которые наблюдались при разных других заболеваниях и являлись одним из основных симптомов основного заболевания. Такими заболеваниями являлись: системная склеродермия (13), системная красная волчанка (4) и ревматоидный полиартрит

(7). Эти пациенты обследовались и лечились в амбулаторных условиях при обращении к сосудистому хирургу по направлению ревматологов.

Особенности клиники и течения БР изучалось с сопоставлением, сравнением и выделением отличий этих показателей при вторичных синдромах Рейно. Для диагностики и дифференциальной диагностики применялись инструментальные методы: УЗДАС, Рентгенография, КТ, лабораторные методы и функциональные тесты.

Результаты исследования и их обсуждение. Характерными особенностями БР являлись:

1. При БР другие патологии, вызывающие феномен Рейно не выявляются, по этой причине она называется идиопатическим феноменом. Синдром Рейно является вторичным, т.е., всегда имелась первичная патология. Такими заболеваниями среди наших больных являлись: компрессионные синдромы плечевого пояса (костоклавикулярный синдром (ККС), скаленус синдром, синдром малой грудной мышцы, добавочные и рудиментарные шейные ребра), системные аутоиммунные заболевания, в редких случаях остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника и вибрационная болезнь.

2. Как правило, приступы вазоспазма при БР часто спровоцировались нервными стрессами, а при синдроме Рейно, обусловленными компрессией СНП плечевого пояса – подобные приступы не наблюдались, признаки ишемии кистей сохранялись постоянно, при физической нагрузке, при отведении, и поднятии рук усиливались. При коллагенозах также признаки ишемии кистей были постоянными, характерные трехфазные приступы ишемии не наблюдались.

3. Сочетанные поражения артерий стоп, лица наблюдались только при БР (у 14% среди наших больных). При вторичном синдроме Рейно среди наблюдаемых больных не было.

4. Органические поражения в виде окклюзии пальцевых артерий при БР наблюдались только у 3,2% больных, а при синдроме Рейно на почве коллагенозов у 84% больных.

5. По сравнению с синдромами Рейно при коллагенозах, БР протекает более благоприятно. БР по сравнению с синдромом Рейно на фоне компрессионных синдромов, протекает более агрессивно, т.е. трофические изменения при БР составляли 12,3%, тогда как, при синдроме Рейно 5,5%.

6. При БР неврологические нарушения были минимальными в виде парестезии кистей, снижения чувствительности на пальцах. При вторичном синдроме Рейно на почве синдрома верхней грудной апертуры отмечались в виде нейропатических болей в области плечевого пояса, шейного радикулита, брахиоплексита.

Клинические функциональные и неврологические тесты.

Множество функциональных тестов, таких как: Проба Эдсона, Ланге, Райта, Идена и другие позволяли идентифицировать наличие или отсутствие компрессии артерий, вен или нервных стволов у выхода из грудной клетки. При болезни Рейно и системных коллагенозах эти тесты были отрицательными.

Неврологические тесты были характерными при компрессии нервных стволов, и они проявлялись в виде болезненности при перкуссии на проекции плечевого ствола в надключичной ямке, снижения мышечной силы руки, парестезии, снижения рефлексов, болей в области плечевого пояса, грудной клетки, на проекции сердца.

Инструментальные и лабораторные методы исследования.

Рентгенография и КТ шейного отдела позвоночника позволяют диагностировать шейные ребра, остеохондроз (в редких случаях может привести к синдрому Рейно), реберно-ключичный синдром и другие костные патологии врожденного и приобретенного характера. Для каждого из этих синдромов существуют характерные Рентгенологические семиотики. При болезни Рейно и системных аутоиммунных заболеваниях эти методы не имеют диагностической ценности.

Электронейромиография в основном имеет диагностическое значение при патологиях, сопровождающихся компрессией нервных пучков плечевого пояса. Исследованиями данным методом больных с шейными ребрами доказано, что при этом отмечаются значимые нарушения как двигательной - эфферентной, так и чувствительной - афферентной проводимости в нервных стволах верхней конечности. При косто-клавикулярном синдроме (неврологической форме) эти изменения были не выраженными, а при других формах ККС – не отмечались.

УЗДАС (ультразвуковое дуплексное ангиосканирование) при БР и СР применяется для оценки кровотока и органических изменений в периферических артериях кистей и стоп. Характер нарушения кровотока при БР и синдроме Рейно на почве компрессионных синдромов были идентичными, т.е., отличительные нарушения не отмечались. Измерения кровотока во время функциональных тестов (проба Ланге, холододовая и нитроглицериновая пробы) указывали на компрессии СНП и спазм периферических артерий конечностей.

При аутоиммунных заболеваниях синдромом Рейно вследствие поражения артериол и капилляров зачастую (84%) обнаруживалась обструкция пальцевых артерий, что мало характерно при БР и компрессионных синдромах.

Лабораторные методы диагностики.

Иммунологические исследования имели большое диагностическое значение при аутоиммунных заболеваниях. Об этом свидетельствуют многочисленные исследования в литературе, что происходят изменения всех звеньев иммунитета.

Нашими исследованиями доказано, что при БР также отмечаются нарушения клеточного и гуморального иммунитета. Однако показатель иммуноглобулина G при БР не повышается в отличие от аутоиммунных заболеваний, при которых он всегда повышен.

Ревмофактор как показатель характерен его повышения при ревматоидных и ревматических процессах. При БР этот показатель не претерпевает изменений.

Заключение.

Таким образом, БР характеризуется прогрессирующим течением, приводящим в результате к трофическим нарушениям пальцев, нередко с сочетанием поражения периферических артерий стоп. Дифференциальная диагностика БР и СР имеет значение в выборе тактики лечения этих патологий. Для дифференцировки их необходим

комплекс методов исследования, включающий клиническую оценку проявлений и течения заболевания, применения функциональных и неврологических тестов, лабораторных методов исследования, из инструментальных методов: Рентгенография, КТ, Электронейромиография и УЗДАС.

Список литературы

1. Иммунологические сдвиги и их коррекция при болезни Рейно / Д.Д. Султанов, Конунова, О.Н. Садриев, У.М. Авгонов // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2014. – № 4. – С. 25-28.
2. Brown, S. Diagnosis and management of patients with Raynaud's phenomenon / S. Brown // Nurs Stand. – 2012. – Vol.26, N46. – P. 41-46.
3. Шипилова, В.А. Приступ синдрома Рейно / В.А. Шипилова // Consilium Provisorum. – 2007. – Т.5, №4. – С. 54-55.
4. Оптимизация терапии болезни Рейно / Г.Р. Табеева [и др.] // Consilium medicum. – 2007. – Т.9, №8. – С. 57-60.
5. Belch, J.J. Raynaud's phenomenon / J.J. Belch // Curr Opin Rheumatol. - 1991. – Vol. 3, N 6. – P. 960-966.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСКОЛОЧНО-РАЗДРОБЛЕННОМ ПЕРЕЛОМЕ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ПЛАСТИНОК И ШУРУПОВ

Тураев Б.Т., Эранов Н.Ф., Эранов Ш.Н.

Кафедра травматологии и ортопедии СамМИ. Узбекистан

Актуальность. Внутрисуставные переломы дистального конца плечевой кости – тяжелая травма локтевого сустава. Переломы дистального конца плечевой кости встречаются у 0,5-2% пострадавших с переломами костей опорно-двигательного аппарата. По данным различных авторов повреждения дистального конца плечевой кости составляют 7,8-24% всех переломов верхней конечности [2,4]. В последние десятилетия отмечается рост травматизма в целом и в частности, этой локализации. Поскольку данные переломы часто происходят у пожилых и старых пациентов, а доля этой популяции среди населения увеличивается, то уменьшается и количество больных с данной патологией. При этом на результаты лечения этих больных неблагоприятное влияние оказывают системный остеопороз и гипотрофия мышечной ткани. Результаты консервативного лечения подобных переломов часто дают неудовлетворительные результаты [1,3]. Лечение внутрисуставных осколочных переломов дистального конца плечевой кости всегда остается проблемой, так как, после лечения таких сложных переломов приводит к частым осложнениям: сгибательно-разгибательных контрактур, несращение костных отломков и даже в редких случаях приводит к анкилозу [2,3]. Количество осложнений, по-прежнему, велико и достигает 20-30% [1]. Для профилактики таких грозных осложнений надо было создать пути решения этой проблемы.

Внутрисуставной осколочный перелом дистального конца плечевой кости остается проблемой перед травматологами. При раздробленном внутрисуставном переломе дистального конца плечевой кости большинство случаев не удается закрытой репозиции или недостаточная наружная фиксация затрудняет консервативные методы лечения. Из-за чего мы прибегаем к оперативному лечению.

Цель исследования. Изучить результаты лечения при осколочном раздробленном переломе дистального конца плечевой кости с использованием реконструктивных пластинок с шурупами.

Материал и методы исследования. В Самаркандской областной больнице ортопедии и последствии травм с 2014 по 2019 годы пролечены 79 больных с закрытыми осколочными внутрисуставными переломами дистального конца плечевой кости. Из них по полу мужчины 39 (47%), женщины 42 (53%). Всем больным были проведены рентгенологическое обследование, на основании рентгенограммы были определены методы оперативного лечения. Для изучения эффективности выбранной методики лечения больные были распределены на 3 группы:

В I группы 17 (21,5%) больных, им была проведена операция сопоставление костных отломков с фиксацией спицами Киршнера и внешняя иммобилизация гипсовой повязкой.

У II группы 23 (29,2%) больных, было проведено открытое сопоставление костных отломков с фиксацией спицами Киршнера и внешняя фиксация аппаратом Илизарова.

У III группы 39 (49,3%) больных, было проведено открытое сопоставление костных отломков фиксацией реконструктивными пластинками с медиальной и латеральной стороны.

Принцип оперативного лечения заключается в стабильной фиксации многоосколочного внутрисуставного перелома дистального конца плечевой кости. Для этого задним доступом обнажается локтевой сустав и проводится транслокранная остеотомия. Которые проводят под пневматическим жгутом, обнажением места перелома. Сначала сопоставляются костные отломки суставной поверхности и временно фиксируются спицами. Далее фиксируется медиальной, а потом латеральной стороны дистального конца плечевой кости с помощью реконструктивных пластинок с охватом средней трети диафиза плечевой кости. Пластинки фиксируются с помощью мощными шурупами. Тут же проверяется стабильность фиксации и одновременно определяется функции сустава. После операции проводится контрольная рентгенография в 2 х - проекциях. Операционная рана сшивается послойно, асептическая повязка и внешняя фиксация в средне физиологическом положении гипсовой повязкой. Гипсовая повязка от основания пястно-фалангового сустава до здоровой лопатки со сроком на один месяц.

Результаты исследования показали: I группы у 17 больных которым была произведена фиксация отломков с помощью спицами Киршнера. У них сращение длилось до 5 месяцев, из них в 5 случаев (29%) дало осложнение спицевый остеомиелит. Почти у 16 больных (34%) осложнилась контрактурой, которые долгое время были вынуждены получать физиофункциональное лечение. Из них 2 больных (12%) осложнились не сращением костных отломков, которые были реоперированы.

II группа больные которым открытым способом сопоставлены отломки и фиксировали с помощью спицами Киршнера, внешняя фиксация в аппарате Илизарова у 2 больного (9%) происходило воспаление вокруг спицы, репаративная регенерация костных отломков продлилась больше 4х месяцев. После снятия аппарата Илизарова, почти у всех больных отмечались стойкие сгибательно-разгибательных контрактур, которые долгое время получили физиофункциональное лечение.

III группа больным которым после открытого вправления отломков в области дистального конца плечевой кости, проведено внутренняя фиксация с помощью пластинок и шурупами, функции локтевого сустава восстановилась через 30 дней после операции и костная консолидация происходило первично через 65-70 дней восстановилась функция сустава. Осложнений после операции не наблюдались.

Выводы. Проведенные анализы показали, что больные I-II группы долго лечились. Метод фиксации спицами недостаточно удержали костных отломков, наблюдалось микродвижение. Из-за чего результаты лечения не удовлетворили больных и лечащих врачей. III группы больных, у которых костные фрагменты были фиксированы реконструктивными пластинками и с шурупами показали весьма успешные результаты: костные фрагменты фиксируются стабильно; функция локтевого сустава восстанавливается за месяц после оперативного лечения; со стороны мягких тканей и костных тканей воспаление не наблюдалось; трудоспособность восстановилась за 2-2,5 месяцев после операции. Последний метод лечения показала целесообразность и эффективность лечения при внутрисуставных многоосколочных переломах дистального конца плечевой кости.

Список литературы

1. Бабовников, А.В. Алгоритм лечение осложнений при переломах костей, образующих локтевой сустав / А.В. Бабовников, С.Ф. Гнезцкий, Д.А. Пряжников // Хирург. – 2008. - № 4. – С.56-60.
2. Каллаев, Т.И. Биомеханическое обоснование компрессионного остеосинтеза при около- и внутрисуставных переломах / Т.И. Каллаев, И.О. Каллаев // Вестник травматологии и ортопедии им Н.И.Приорова. - 2012. - №1. - С. 44-48.
3. Морозов, С.Д. Лечение внутрисуставных переломов дистального отдела плечевой кости: дисс. ... канд. мед. наук // С.Д. Морозов. – Москва, 2009. - 162 с.
4. Панков, И.О. Чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации при лечении переломовывихов плечевой кости / И.О. Панков // Вестник травматологии и ортопедии им Н.И.Приорова. – 2010. - №4. – С. 23-25.

ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ ХГ В СИСТЕМЕ МАТЬ-ПЛАЦЕНТА-ПЛОД, ПРИ РЕЗУС-НЕСОВМЕСТИМОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Бахриев Н.Р., Сабирова Д.Ш., Тураева Н.О

Самаркандский Государственный Медицинский Институт. Узбекистан

Актуальность проблемы. При 23,5 – 72,5 %, частота различных осложнений встречает 61,6 – 78, беременности осложнение резус иммунизацией, перинатальная смертность достигает 7 % женщин. Снижение частоты осложнения беременности, мёртво, ранней смертности новорождённых при гетероспецифической беременности. [1] По резус-фактору чрезвычайно важная задача, решение которой должно базироваться на познаний патогенетической и функциональных нарушений, том числе гормональной гемостаза в системе мать-плацента-плод. [3] Важность проблемы иммунологической несовместимости диктует необходимость углубления представлений о гормоногенезе при этой патологии, тем более, что в современной литературе практически отсутствуют сведения о динамике функциональной активности системы мать-плацента-плод при различных комбинациях антигенов крови АВО и резус у матери и плода, особенностей течения беременности и родов, знание которых позволит усовершенствовать методы целенаправленной профилактики и терапии иммунного конфликта в акушерской практике. [5]

Цель исследования. Изучить изменения уровень ХГ в системе мать-плацента-плод при резус-фактору беременности выяснить возможность использования гормональных показателей в качестве определения антенатального состояния плода и их прогностических значений.

Задачи: Определить влияние гормональной коррекции лечение резус отрицательной женщин на клиническое течение беременности и гормональные изменения, фетоплацентарного комплексав процессе проводимой терапии

1. Выяснить особенности течения беременности и родов и их исход для плада и резус отрицательных женщин при отсутствии сенсбилизации и на фоне иммунного конфликта.

2. Установить динамику изменения содержания хориального гонадотропина, прогестерона и эстриола крови женщин на протяжении физиологической и изосенсбилизированной по резус фактору беременности

3.Изучить соотношений уровня хореального гонадотропина, прогестерона и функции эстрогенов в системе мать-плацента-плода при физиологической несовместимой беременности но антиген крови АВО и резус различных вариантах их клинических проявлений.

4. Определить степень воздействия комплекса неспецифических терапии резус иммунизации на клиническое течение беременности и родов а так же влияние её на динамику содержания указанных гормонов в крови женщин.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ 20 историй, родов резус-отрицательных женщин госпитализированных в клинике СамМИ родильного отделения. Отмечена резус-отрицательная принадлежность крови без явлений изосенсбилизации у 8 резус-иммунизация подтверждена лабораторно и манифестно протекающими симптомами. Титр неполных антирезусных антител в сыворотке крови беременных колебался от 1:2 до 1:1024. Изучение гормональной активности системы мать-плацента-плод , оцениваемой по результатам определения хориального гонадотропина в динамике беременности. Забор крови у женщин, обследованных в динамике бе-

ременности, осуществляли из локтевой вены в утренние часы. Определение хориального гонадотропина, производили в сыворотке крови радиоиммунологическими методами с использованием стандартных кит-наборов. Радиометрию проводили на высокочувствительном приборе.

Таблица 1. - Содержание ХГ в крови при физиологической, резус-отрицательной без ГБН, резус-отрицательной беременности с ГБН и резус-отрицательной беременности с внутриутробной гибелью плода

	Содержание ХГ в сыворотке (нг/мл)		
	I	II	III
Физиологическая беременность (контрольная)	12290±880	4480 ±240	5520±300
Резус-отрицательная беременность без ГБН	11490±860 >0,5	4920±870 >0,5	5140±270 >0,5
Резус-отрицательная беременность с ГБН	15340±2320 >0,5	5390±1330 >0,5	7430±670 <0,02
Резус-отрицательная беременность с внутриутробной гибелью плода	10380 + 3780 >0,5	7630±1700 >0,05	13510±1830 <0,001

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, динамическое изучение содержания ХГ, прогестерона и эстрогенов в при нормально протекающей беременности и родах в основном крови системы мать-плацента-плод при нормально протекающей беременности и родах в основном соответствуют данным современных исследователей и свидетельствуют о тесной функциональной взаимосвязи различных звеньев этой системы, поддерживающей физиологический гомеостаз и определяющей течение беременности. Гормональные сдвиги при иммунном конфликте не отличаются однотипностью, им свойственны явные индивидуальные особенности. Так, при резус-отрицательной беременности, завершившейся рождением здоровых детей, содержание ХГ в крови женщин на протяжении всей беременности находится на уровне контрольных величин. При нарастании иммунного конфликта, приводящего к развитию средней тяжести и тяжелой гемолитической болезни, во II и III триместрах беременности уровень ХГ в крови женщин повышается, по всей вероятности, в результате увеличения объема трофобластической субстанции и количества клеток Ланганса плаценты, способствующих усилению защитно-приспособительных реакций ФП комплекса в ответ на гипоксию, свойственную эритробластозу плода. С другой стороны, при крайне тяжелом течении иммунного конфликта, завершившегося внутриутробной гибелью плода, в плаценте происходят дегенеративные изменения, развивается значительная функциональная недостаточность, проявляющаяся монотонно низкой секрецией ХГ. Для резус-иммунизированных женщин, родивших живых плодов с признаками ГБН, также характерно наличие двух максимумов ХГ, однако, время их появления, продолжительность и величина несколько иные, чем в контрольной группе. Первый пик ХГ приходится на 11—12 нед., составляет в среднем 18600±6300 нг/мл, тогда как при физиологической беременности он совпадает с 9—10 нед. и равняется 16010± 2040 нг/мл (P>0,05). Следует заметить, что высокие показатели ХГ, свойственные I триместру резус-несовместимой беременности, сохраняются вплоть до 16 нед., и лишь к 18 нед. происходит резкий спад уровня гормона. В последующие 10 недель беременности содержание ХГ в крови варьирует в пределах 2950—4500 нг/мл, с 31—32 нед. концентрация его вновь повышается, образуя на 33—34 нед. второй пик, равный в среднем 9000 нг/мл и сохраняющийся до 38 нед. беременности. Индивидуальные показатели ХГ в этот период колеблются в широких пределах (1840—24100 нг/мл), средний уровень гормона в III триместре значительно превышает величины ХГ, свойственные для III триместра контрольной группы женщин (табл. 1).

Выводы. Таким образом, изучение уровня ХГ в крови женщин в динамике резус-несовместимой беременности и в крови пуповинных сосудов их плодов, свидетельствует о сложном характере стероидогенеза в системе мать-плацента-плод, зависящего от тяжести иммунного конфликта, состояния внутриутробного плода, совместности изменений в его органах с жизнью во внутриутробном периоде. Резкое падение ХГ наблюдается после внутриутробной гибели плода. Чрезмерно высокое содержание ХГ, равно как и резкое снижение уровня гормона в материнской крови, следует рассматривать как признак возникшей угрозы жизнедеятельности внутриутробного плода.

Список литературы

1. Аметов А.С., Избранные лекции по эндокринологии- М:2016 г.
2. Балаболкин М.И. Клиника и терапия критических состояний в эндокринологии-М: 2012 г.
3. Беляева Л.Е. Гинекологическая эндокринология. Патологические основы-М: 2013 г.
4. Граднер Д. Базисная и клиническая эндокринология –М: 2014 г. Сидельникова В.М. Эндокринология беременность в норме и при патологии. 2009 г
5. ДеЧерни А.Х., Натан Л. Акушерство и гинекология: диагностика и лечение. Учебное пособие. 2009 г.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ

Турдибоев Ш.А., Рахмонов Х.Д., Мавлонов Дж.Б.

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Заболеваемость цереброваскулярными заболеваниями в экономически развитых странах колеблется от 2,23 до 4,81 случаев на 1000 населения в год. Совершенствование методов нейровизуализации и нейрофизиологии, широкое внедрение методов микрохирургии, нейроэндоскопии, нейро-навигации и интраоперационных методов контроля радикальности операций в хирургии нетравматических внутримозговых кровоизлияний, развитие нейроанестезиологии и нейрореанимации открыли новые возможности в лечении аневризм и артериовенозных мальформаций головного мозга и гипертензивных гематом [1,2,5].

При нетравматических кровоизлияниях операции производят по поводу разрыва артериальных аневризм (АА), артериовенозных мальформаций (АВМ) и гипертензивных гематом. Остаются высокими показатели летальности и инвалидизации при тяжелой ЧМТ, разрывах аневризм сосудов головного мозга, геморрагических инсультах, осложненных внутримозговой гематомой. При своевременной диагностике и правильном выборе методов лечения нетравматических внутричерепных кровоизлияний достигаются хорошие функциональные исходы при минимальной летальности (3, 4).

Тактика лечения этих больных дискутируется до настоящего времени. Не решена проблема оптимальности сроков и адекватности объема операции, особенно при их хронических формах в зависимости от внутри- и внечерепных факторов.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения хронических внутримозговых гематом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением были 23 больных с хроническими внутримозговыми гематомами (ХВМГ), находившиеся в нейрохирургических отделениях ГУ НМЦ РТ. Данная группа состояла из 16 мужчин и 7 женщин. Возраст обследованных варьировался от 1 года до 64 лет. Пострадавшие в 19 (82,6%) случаях госпитализированы в плановом порядке и в 4 (17,4%) наблюдениях из-за тяжести состояния были положены экстренно. Давность заболевания от 1 года до 15 лет. Всем больным проведено комплексное обследование, включая клиничко-неврологический осмотр, офтальмологическое исследование, КТ/МРТ головного мозга. У исследуемых в 7 (30,4%) случаях гематома образовалась в результате разрыва артерио-венозной мальформации (АВМ), в 2 (8,7%) наблюдениях она скопилась после удаления больших размеров опухоли головного мозга, у 10 (43,5%) пострадавших причиной образования гематомы была черепно-мозговая травма, в 3 (13,1%) случаях вследствие нарушения мозгового кровообращения по геморрагическому типу и у 1 (4,3%) ребенка выявлена внутримозговая гематома в результате родовой травмы. ХВМГ в 9 (39,1%) наблюдениях локализовалась справа, в 11(46,9%) случаях была левосторонняя и у 3(14%) больных выявлена двусторонняя гематома. В большинстве случаев - 16 (69,6%) ХВМГ располагались лобно-височных долях головного мозга, в 6 (26,1%) наблюдениях в теменно-затылочных долях мозга, а субтенториально у 1 (4,3%) больного.

Результаты исследования и их обсуждение. Пациенты с хроническими внутримозговыми гематомами в большинстве случаев первично обследовались и лечились по поводу головных болей, тошноты и рвоты. Нарушение уровня сознания явилось одним из основных симптомов, определяющих степень тяжести повреждения головного мозга и исход заболевания. Уровень сознания оценивался по шкале комы Глазго (ШКГ). Так, согласно этой шкале у 11 (47,8%) больных уровень сознания оценивался как умеренно оглушенный, 4(17,4%) пострадавшие находились в глубоком оглушении. В сопорозном сознании был 1 (4,3%) больной, и в коматозном сознании находился 1 (4,3%) пациент. Остальные 6 (26,2%) больных поступили в ясном сознании. В неврологическом статусе преобладали элементы астенического синдрома и общемозговая симптоматика. Пирамидная недостаточность определялась у 13 (56,5%) больных и варьировала от легкой недостаточности до грубых парезов и параличей, что в большей степени зависело от объема и локализации гематом. В 7 (30,4%) наблюдениях патология проявлялась в виде гемипареза, гемиплегия отмечена у 6 (26,1%) больных. По обращению всем осмотрено глазное дно и из них у 13 (56,5%) больных выявлены признаки внутричерепной гипертензии, в 3 (13,1%) случаях был застой дисков зрительного нерва. У 7 (30,4%) больных картина глазного дна была без изменений. После проведения КТ и МРТ выявлен ХВМГ различной локализации и разного генеза.

Томоденситометрические показатели (плотность и размер) служили одним из основных показателей, определяющих вид и объем операции. У 8 (34,8%) пострадавших гематома была гиподенсивная, в 8 (34,8%) случаях изоденсивная, у 7 (30,4%) больных гетероденсивная и она измерялась в ед Н. На КТ и МРТ смещение срединных структур головного мозга отмечено у 4 (17,4%) больных и составляло до 5 мм, от 5 до 10 мм у 13(56,5%) обследованных и в 6 (26,1%) случаях смещение было больше 10 мм. Объем гематомы являлся весомым показателем, определяющим необходимость операции. По объему ХВМГ распределялись следующим образом: малые (до 50 мл) у 8 (34,8%) больных, средние (50-100мл) у 10 (43,4%) пострадавших и большие (больше 100мл) в 5 (21,7%) случаях. С учетом анамнеза, томоденситометрических данных состояния больных выполнена различные виды операций. Так в 8 (34,8%) наблюдениях проводилось дренирование гематомы с наложением фрезевого отверстия (Рис.1).

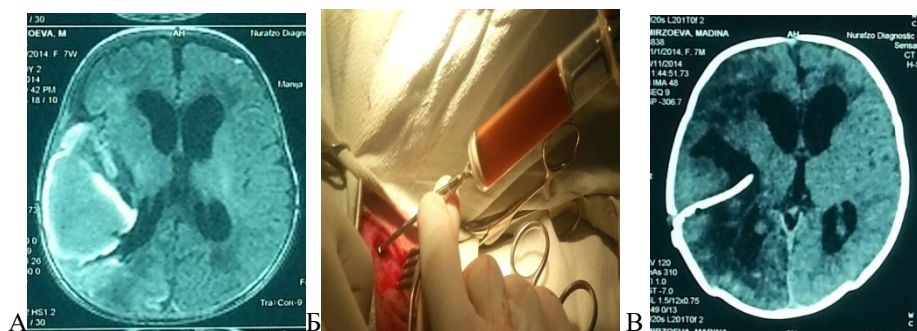


Рис.1. Хроническая внутримозговая гематома височной доли головного мозга справа. А - до операции, Б - пункционное опорожнение гематомы, В - после операции

15 (65,2%) больным гематома удалена путем костно-пластической трепанации. Из них в 8 (34,8%) случаях до операции диагноз был выставлен кистозно-солидная опухоль, которая после операции переквалифицирована как гематома (Рис.2).

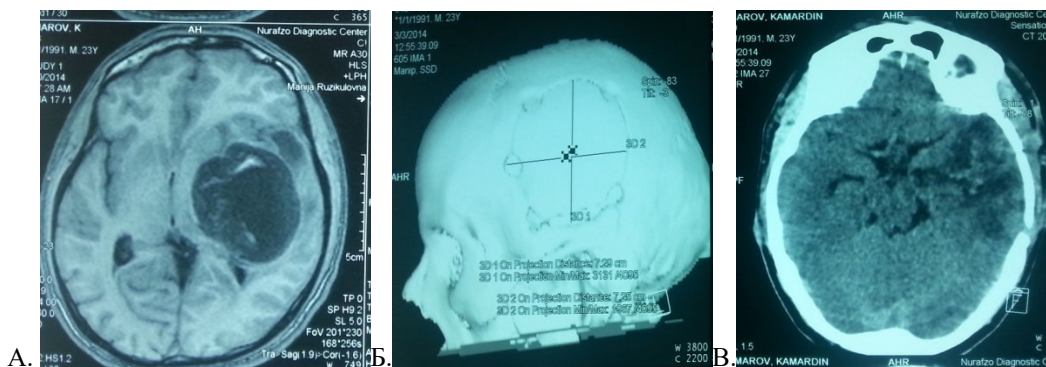


Рис. 2. А - до операции (по МРТ подготовлен как кистозно-солидная опухоль), Б - после операции (места костного лоскута), В - до операции

Следует отметить, что у 2 (8,7%) больных гематома удалена пункционно без установления закрытого наружного дренажа, так как были удовлетворены объемом удаленной гематомы по расчету компьютерно-томографических данных. При анализе ближайших исходов (исходы оценивались по шкале исходов Глазго) у 15 (65,2 %) обследованных отмечено выздоровление, умеренная инвалидность наблюдалась у 6 (26,1%), грубая инвалидность – у 2 (8,7%) больных. Летальных исходов не было.

Выводы.

1. Современные лучевые методы диагностики, такие как компьютерная томография и магнитно-резонансная томография являются высокоинформативными для выявления хронических внутримозговых гематом, что позволяет судить о расположении, объеме, структуре и консистенции.
2. Закрытое наружное дренирование ХВМГ является эффективным, доступным, экономичным минимально-инвазивным способом хирургического лечения.

Список литературы

1. Вегнер, С.Ю. Особенности черепно-мозговой травмы у детей младшего возраста. / С.Ю. Вегнер, В.И. Ларькин, В.В. Мишкин // 3 Всероссийская научно-практическая конференция «Многопрофильная больница: проблемы и решения»: материалы конф. – Ленинск-Кузнецкий, 2016. – С 172 – 173.
2. Одинак, М.М. Инсульт. Вопросы этиологии, патогенеза, алгоритмы диагностики и терапии / М. М. Одинак, И. А. Вознюк, С. Янишевский. -СПб.:ВМеДА, 2005. 192 с.
3. Стулин, И.Д. Инсульт с точки зрения доказательной медицины / И. Д. Стулин, Р. С. Мусин, Ю. Б. Белоусов // Кач. клин, практ. 2015. - № 4. -С. 100-118.
4. Kotwica, Z. Acute subdural haematoma in adults: an analysis of outcome in comatose patients / Z. Kotwica, J. Brzezinski // Acta neurochir (Wien). 2017.-Vol. 121, №3-4.-P. 95-99.
5. Reilly, P. Management of Intracranial Pressure and Cerebral Perfusion / P. Reilly, R. Bullock // Head Injury. Chapman & Hall Medical, 2007. - P. 385 -481.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСКОЛЬЧАТЫХ, ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Уринбаев П.У., Гафуров Ф.А., Эранов Ш.Н., Жураев И.Г.
Кафедра травматологии и ортопедии СамМИ. Узбекистан

Актуальность. Переломы дистального эпифиза плечевой кости являются довольно частой патологией и, по данным литературы, достигают 30% переломов в области локтевого сустава [3,4]. По данным некоторых авторов оскольчатые переломы составили 25% среди всех переломов дистального конца плечевой кости. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в вопросах лечения данной категории пострадавших, процент неудовлетворительных исходов лечения остается достаточно высоким и находится в пределах 40-50%. От 10 до 18% осложнений обусловлены необходимостью длительной иммобилизации, ведущей к развитию контрактур и анкилозов в 20-29,9% случаев пострадавшие признаются инвалидами [2].

Всё чаще переломы дистального конца приобретает сложный вид: С1 (по классификации АО/ASIF) - полный внутрисуставный перелом, суставный простой, метафизарный простой (эти переломы раньше именовались как Т-, У-образные чрезмышечковые переломы); С2 - полный внутрисуставный перелом, метафизарный оскольчатый - как С1, но с наличием ещё костных осколков метафизарных; С3 - полный внутрисуставный перелом, суставный оскольчатый: эти переломы - оскольчатые переломы эпифиза, непосредственно суставного конца: блока, головки мыщелка, с костными фрагментами от метафиза, и ещё наличием «среднего отломка» эпифиза.

Многооскольчатые переломы дистального отдела плечевой кости в силу особенностей повреждения являются сложными для репозиции и требуют повышенного внимания при проведении оперативного лечения. Тяжесть травмы, наличие множества фрагментов, внутрисуставный характер перелома, а в некоторых случаях повреждение сосудисто-нервного пучка затрудняют репозицию костных отломков и, как следствие, увеличивают риск неблагоприятных последствий травмы и осложнений. Существующие консервативные и оперативные методы лечения оскольчатых переломов дистального метаэпифиза плечевой кости технически сложны, трудоёмки и сопряжены с опасностью осложнений (повреждение нервных стволов во время репозиции), а также формирования контрактур в

связи с тяжестью повреждения мышечно-капсульного аппарата локтевого сустава и длительной иммобилизацией. Последнее существенно влияет на сроки начала реабилитационных мероприятий и конечный результат лечения [5]. В настоящее время для открытого сопоставления всем больным с внутрисуставными переломами дистального конца плеча типов В и С в зависимости от наличия смещения отломков, и с околосуставными переломами дистального конца плеча типа А со смещением выполняется открытая репозиция и внутренняя фиксация; Операция выполняется в первые 2-4 часа или после полного спадания отёка, на 5-7 сутки; Используются доступы, обеспечивающие полную визуализацию переломов и возможность ревизии ЛС: наружный, внутренний или паратрицепитарный при переломах типа А и некоторых типа В, транслекранный - для типа С и некоторых переломов типа В с выделением локтевого нерва. Выполняются открытая анатомическая репозиция и внутренняя жёсткая фиксации перелома, позволяющие избежать дополнительной внешней иммобилизации в послеоперационном периоде [1].

Цель работы. Описать результаты комбинированного остеосинтеза внутрисуставных, многооскольчатых переломов дистального эпиметафиза плечевой кости, наружными и внутренними доступами, с внутренней фиксацией костных отломков спицами, внешней фиксацией аппаратом Илизарова.

Материалы и методы исследования. Наше сообщение основано на опыте лечения 56 больных с переломами дистального суставного конца плечевой кости А3, С1, С2, С3 группы (по классификации АО/ASIF), которые получили лечения за 2017-2019 гг. Мужчины составили –32 (57%), женщины –24 (43%). По возрасту они распределялись следующим образом: 18-29 лет –16 (28,5%), 30-49 лет –24 (43%), 50 лет и старше – 16 (28,5%).

По проведённому оперативному методу лечения больные распределялись на следующие группы: 1- лечения путем репозиции под обезболиванием, с учётом средней ротации плеча, посредством вертикального вытяжения за локтевой отросток на операционном столе, после успешного сопоставления, подтвержденного ЭОП исследованием, наложение аппарата Илизарова; 2-группа: операция - наружными и внутренними доступами: каждый, эпиметафизарный отломок сопоставляется с проксимальным, фиксируется спицами (двумя); 3-группа больных составили те, у которых для точного сопоставления костных отломков эпифиза между собой и затем с проксимальным отломком пришлось мышечную ножку каждого отломка рассекать, отломков эпифиза «собрать», сопоставить, затем эпифиз сопоставить с проксимальным отломком. Такое действие, обычно было применено при С2, С3 оскольчатых переломах плечевой кости. Мышечную ножку мы рассекали отступая на 0,5-0,8 см от надмыщелков, что бы после сопоставления костных отломков их ушивать и восстановить.

Наш анализ показал, что у 12 больных 1-группы имелся перелом дистального конца плеча, соответствующей к группе переломов А3; у 16 больных 2-группы: С1; и у 28 больных 3-группы - С2, С3 больных.

У больных с переломами С1, С2, С3 (всего 44 больных) во время операции вначале сопоставили, и фиксировали 2мя спицами 2-3 костные фрагменты эпифиза (реконструировали или воссоздали), затем конец центрального отломка вывели в раны, сопоставили реконструированного эпифиза к концу центрального отломка, фиксировали по 2 спицами с каждой стороны эпифиза. Иногда отдельный костный фрагмент метафиза пришлось сопоставить и фиксировать одной, двумя спицами. Изучалась прочность, стабильность фиксации. Затем дистальный конец плеча вправили в родное место. Рассеченные мышцы эпифизов тщательно пришивали. У 20 больных дополнительно применяли аппарат Илизарова из 2,5, 3,0 кольца, для внешней фиксации. У остальных 24 больных наружная иммобилизация - гипсовой повязкой.

Послеоперационный период протекал у 52 больных благополучно, у 4 мы наблюдали воспалительные явления около спицы, поверхностно, которых удалось купировать. В динамике наблюдении у тех больных, у которых рассекали мышцы от эпифиза и обратно пришили, рентгенологически не были выявлены признаки нарушения питания костных отломков. По нашим наблюдениям сроки сращения многооскольчатых переломов дистального суставного конца плечевой кости удлиненные, в среднем до 2-3 месяцев. Сращение и восстановление функции суставами выявили у 52 больных, несращение перелома имело место у 4 (7,4%) больных. Успешные: хорошие удовлетворительные результаты лечения получены у 92,6% больных.

Выводы:

- 1) В лечении оскольчатых метафизарных переломов (А3 по классификации АО/ASIF) и некоторых эпиметафизарных переломов (С2) возможно применение закрытой репозиции в условиях соблюдения средней ротации плеча, вертикального скелетного вытяжения, под контролем ЭОП, и закрытым наложением аппарата Илизарова.
- 2) В хирургическом лечении переломов группы В боковые доступы с одной стороны, переломов группы С боковые доступы с наружной и медиальной стороны, с обнажением локтевого нерва, позволяют сопоставить и фиксировать отломки.
- 3) Комбинированный остеосинтез: внутренняя фиксация и применение аппарата Илизарова значительно часто приводит к успешным результатам.

Список литературы

1. Ключевский В.В., Хасан Б.Э. Лечение около и внутрисуставных переломов дистального отдела плечевой кости/Травматология и ортопедия России. 2010. 3 (57) С 96-102.
2. Носивец Д.С. Комбинированный остеосинтез в реабилитации пациентов с внутрисуставными переломами дистального метаэпифиза плечевой кости/Ортопед., травматол.-2008,№4 С 108-111.
3. Морозов Д.С. Лечение внутрисуставных переломов дистального отдела плечевой кости: Автореф, дис...канд.мед.наук/ Москва 2009. С22.
4. Медведев Д.И., Лобанов Г.В. Разработка устройства и способа фиксации многооскольчатых переломов дистального отдела плечевой кости/ Журнал «травма» 4(том14)2013.
5. Меркулов В.Н., Дорохин А.И., Дуйсенов Н.Б. Лечение тяжёлых многооскольчатых переломов дистального отдела плечевой кости у подростков/ Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова .2008,№3.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ОСВОЕНИИ БАЗОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ НАВЫКОВ У СТУДЕНТОВ 5 КУРСА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Усманов Дж.Н., Хван И.Н., Рахимов Ф.Р.

Центр обучения практических навыков, кафедра хирургических болезней №2 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Таджикистан

Актуальность. Внедрение новых образовательных программы в медицине невозможно без образовательных ресурсов, основанных на симуляционном оборудовании. Симуляторы позволяют обучающимся достичь уровня компетентности и безопасности до применения техники или процедуры на пациенте в реальной клинической практике. Обучающиеся могут допускать ошибки без неблагоприятных последствий. Отработка клинических навыков под руководством преподавателя предоставляет возможность обучающимся совершать ошибки в безопасной среде, что содействует улучшению техники выполнения ими клинических навыков. Эти технологии стали широко использоваться во всем мире на до дипломном и последипломном уровне подготовки.

Мы считаем данную работу актуальной, так как в литературе мало работ посвящённых проблемам освоения базовых практических навыков по хирургии. Также немаловажным является уровень эффективности обучения студентов в условиях Центра обучения практических навыков (ЦОПН) ТГМУ имени Абуали ибни Сино.

Цель исследования. Исследовать эффективность симуляционного обучения, при освоении базовых хирургических навыков студентами 5 курса медицинского университета.

Материал и методы исследования. Были привлечены 40 студентов 5 курса медицинского факультета. Они были разделены на две группы: 1 группа (контрольная) - 20 (50%) студентов и 2 группа - 20 (50%) студентов, которые участвовали на семинарах по обучению основным хирургическим навыкам. К числу базовых хирургических навыков мы отнесли - наложение швов, завязывание узлов, остановку кровотечения, наложение повязок. Студенты первой группы получили стандартную теоретическую и практическую подготовку. Для студентов 2 группы была использована четырехэтапная методика преподавания практических навыков. На первом этапе студенты получали необходимые теоретические знания, в том числе и по топографической анатомии. Это позволяет получить правильное представление о выполняемой работе, и осознано подойти к отработке практических навыков. На втором этапе преподаватель, используя манекены-тренажеры, объясняет и демонстрирует выполнение соответствующего хирургического навыка. То есть, студенты визуально закрепляют изученный учебный материал. Студенты имеют возможность задать свои вопросы на данном этапе. На третьем этапе студенты выполняют базовые хирургические навыки под руководством преподавателя. Это позволяет вырабатывать у обучающихся тактильное восприятие объекта при работе с реальными хирургическими инструментами или хирургическими материалами. На четвертом этапе студенты уже самостоятельно выполняют вышеуказанные манипуляции. Преподаватель не вмешивается в процесс выполнения. В процессе обучения приходилось учитывать разную скорость усваивания материала у студентами. Некоторым обучающимся для освоения основных хирургических навыков было необходимо дополнительное время для тренировки. Каждый из всех вышеуказанных практических навыков выполнялся в нескольких вариантах. На основе интегральной оценки преподавателем выносится решение о дальнейшей программе обучения. Для оценки результатов студенты обеих групп выполняли все навыки, в нескольких вариантах, одинаковое количество раз. Внимание уделялось четырём критериям оценки - скорости выполнения манипуляции, правильности выполнения манипуляции, количеству допущенных ошибок при выполнении базовых хирургических навыков, количеству лишних движений при выполнении навыка. По итогам выполнения всех четырёх базовых хирургических навыков определялась индивидуальная оценка, а также общая итоговая оценка. При хороших и отличных результатах рекомендовалось переход к следующему этапу. При неудовлетворительных оценках студенту рекомендовалось повторное прохождение данного учебного этапа.

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнивая результаты оценки, была выявлена большая разница между группами. Студенты 2 группы на 68,4% быстрее достигают цели при движении инструментом, на 71,5% правильнее выполняют навыки, меньше на 65,3% допускают ошибки, меньше на 52,6% выполняют лишних движений, чем студенты 1 группы. Студенты 2 группы, в большинстве, потенциально готовы к выполнению отдельных этапов хирургических вмешательств. Высокий результат правильных действий студентов 2 группы - это результат хорошей теоретической подготовки и использования четырехэтапной методики преподавания практических навыков в условиях Центра обучения практических навыков. Этот метод повышает эффективность освоения практических навыков по базовым хирургическим навыкам у студентов.

Вывод. Таким образом, использование современных методов преподавания, в частности симуляционного обучения с использованием вышеуказанной четырехэтапной методики, позволяет студентам 5 курса медицинского факультета в реальном времени быстро и качественно освоить базовые хирургические навыки.

Список литературы

1. Симуляция обучения в медицине / Под ред. проф. А. А. Свистунова; Сост. М. Д. Горшков. — М.: Изд-во Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, 2013. - 288 с., илл.
2. Симуляционное обучение в хирургии / под ред. В.А.Кубышкина, С.И. Емельянова, М.Д. Горшкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 264 с.: ил.
3. Дозорнов М.Г. Современные проблемы учебных центров и пути их решения / М.Г. Дозорнов // Виртуальные технологии в медицине. - 2010. - №2(4). - С. 4–6.
4. Chipman, J.G. Using Objective Structured Assessment of Technical Skills to Evaluate a Basic Skills Simulation Curriculum for First-Year Surgical Residents / J.G. Chipman, C.C. Schmitz // J. Am. Coll. Surg. - 2009. - N209. - P. 364–370.
5. Van Der Vleuten C. A model for programmatic assessment fit for purpose / C. Van Der Vleuten, L. Schuwirth, E.W. Driessen // Medical Teacher. - 2012. Vol.34. - P.205–214.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТДЛ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Усмонов Х.С., Юлдошев Р.З., Обидов Д.С., Насимов Б.Б.

Кафедра онкологии и лучевой диагностики ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. В структуре онкологической заболеваемости женского населения многих экономически развитых стран мира рак молочной железы (РМЖ) устойчиво занимает первое место. В мире ежегодно регистрируется 1.2-1.3 млн. случаев данного заболевания и погибают от него около 500 000 женщин [1]. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике РМЖ доля диффузных форм этой патологии остается высокой. Диффузный рак объединяет инфильтративно-отечную, панцирную, рожестоподобную и маститоподобную формы, который по международной классификации TNM относится к T4 и III стадии. В Российской Федерации диффузные формы РМЖ составляют 15-17% [2]. В Республике Таджикистан в последние годы регистрируется около 500 новых случаев РМЖ (55,5 на 100 000 населения), что составляет 13,1% среди всех злокачественных новообразований, среди этого местно-распространённые диффузные формы РМЖ составляет 24,7% [3], а средний возраст составляет 48,9 лет [4, 5].

Цель исследования - оценка использования торакодorzального кожно-мышечного лоскута (ТДЛ) при пластике дефекта передней грудной стенки у больных с местно-рецидивирующими формами рака молочной железы.

Материал и методы исследования. Настоящая работа посвящается проведению предварительной оценки изучения больных с диффузными формами РМЖ в основной группе наблюдавшихся и получавших комбинированное или комплексное лечение, включая реконструктивно-пластические операции расширенно модифицированным разрезом кожи вокруг опухоли. В период с января 2014 года по июнь 2019, было запланировано и изучено результаты применения ТДЛ для закрытия дефекта передней грудной стенки у 27 больных местно-распространёнными формами РМЖ получающих лечение в условиях РОНЦ РТ (частная практика сотрудников ГУ ОНЦ РТ). Их средний возраст составил 48,9 года (диапазон 24 до 78 лет) с верифицированным диагнозом инвазивной карциномы молочной железы, поражение молочной железы справа -16 и слева -11. В стадии III (T₄N₁₋₃M₀) были 15 пациентов и в стадии IV (T₄N₁₋₃M₁) находились 12 больных. В течение этого периода, пациентам с диффузными формами рака молочной железы с или без инвазии опухоли в грудную стенку произведено операция Мадэна с расширенно модифицированным разрезом кожи из расчёта последующей одномоментной реконструкцией торакодorzальным кожно-мышечным лоскутом (ТДЛ).

Результаты исследования и их обсуждение. Для диффузной форме характерны более быстрое развитие процесса, как в самой молочной железе, так и в окружающих тканях, чрезвычайная злокачественность и крайне плохой прогноз. По данным литературы, у 50-80% больных в короткие сроки после операций возникают местные рецидивы, продолженный рост и отдалённые метастазы.

Обширность поражение кожи и ткани молочной железы требует более широкого иссечения кожи и мягких тканей для проведения резекции в пределах здоровых тканей. В результате удаления первичных и местно-распространённых рецидивных опухолей формируются обширные дефекты мягких тканей, возникают технические трудности по закрытию дефектов послеоперационной раны. История хирургии РМЖ показала, что в таких случаях, традиционно, хирурги, заведомо зная о нарушении абластики, ограничивались простой мастэктомией с закрытием дефекта местными тканями. А при язвенной и панцирной форме рака, а так же обширных рецидивах вовсе отказались от хирургического лечения, отправляли этих больных на симптоматическое лечение. Последние годы, в зарубежной литературе появились немногочисленные сообщения о применении пластических операций после, так называемых сверхрадикальной мастэктомии или расширенной модифицированной мастэктомии при диффузном РМЖ и его рецидивах. А также реконструктивное хирургическое восстановление при раке молочной железы возможность смягчать неблагоприятный эмоциональный и эстетический эффект этой разрушительной болезни.

Пожалуй, самый известный в пластической хирургии лоскут из широчайшей мышцы спины, питающийся за счет торакодorzального сосудистого пучка, на сегодняшний день очень часто используется в качестве материала при реконструкции молочной железы после мастэктомии. В большинстве случаев больные с диффузными формами РМЖ имели местные рецидивы (R1, R2). В течение наблюдаемого периода, пациентам диффузными формами рака молочной железы с или без инвазии опухоли в грудную стенку проведение операции Мадэна с расширенно модифицированным разрезом кожи из расчёта последующей одномоментной реконструкцией ТДЛ отмечалось 2 случая местного рецидива, 3 краевого некроза ТДЛ, 3 серомы в подмышечной области, что намного меньше без использования ТДЛ.

Выводы: При хирургическом лечении больных с риском местного рецидива рака молочной железы для закрытия больших дефектов передней грудной стенки необходима планирование реконструкции с ТДЛ.

Список литературы

1. Остапенко, В. Значение и особенности оперативного лечения местно-распространённого рака молочной железы / В. Остапенко, А. Остапенко // *Вопросы онкологии*. – 2011. - №57(5). – С.578-582.
2. Пак, Д.Д. Эпидемиология отёчной и узловой форм рака молочной железы / Д.Д. Пак, Э.К. Сарибекян, М.В. Ермощенко // *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. – 2011. - №60(5). – с.15-21.
3. Базаров, Н.И. Руководство по клинической онкологии. 2016; Часть-1./ Под ред. Н.И. Базарова. – Душанбе: «Шарки озод», 2016. – С.497-529.
4. Анализ показателей качества жизни больных диссеминированным раком молочной железы, получавших различные режимы гормонотерапии в зависимости от возраста / Д.С. Мирзоева, Д.З. Зикирходжаев, С.Г. Раджабова, Ф.Г. Солиев // *Вестник Авиценны*. – 2012. - №2(51). – С.88-91.
5. Анохина, И.В. Местно-распространённый рак молочной железы - современное состояние вопроса / И.В. Анохина, Д.З. Зикирходжаев // *Вестник Авиценны*. – 2016. - №3(68). – С.104-110.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕРВНЫХ СТОЛОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Файзуллоева М.Ф., Одинаева М.С., Х.Х. Мамадаминова

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

Актуальность. Руки считаются продолжением мозга, благодаря осязанию кончиков пальцев, могут выполнять функцию глаз и дать информацию о форме, объёме, поверхности, консистенции и температуре предмета. Для детей верхняя конечность, является познавательным органом, которая участвует в приобретении навыков. Повреждение нервов и сухожилий верхних конечностей у детей при этом достигает 44-82% случаев. При повреждении нервов рука теряет свою функциональную активность и влечет за собой стойкие двигательные и чувствительные нарушения, сделав ребёнка инвалидом на всю жизнь.

Цель исследования. Определение роли проведения ускоренных проб для своевременной диагностики повреждения нервных стволов верхних конечностей у детей младшего и старшего школьного возраста.

Материалы и методы исследования. В отделение реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с 2000 по 2018 гг. обратились в экстренном порядке 26 больных с повреждениями нервных стволов верхних конечностей у детей. Возраст больных варьировал от 1 года до 14 лет. Большую часть поступивших пациентов составили мальчики - 18 (69,3%) случаев, тогда как девочки составили 8 (30,7%).

Причинами открытых повреждений верхних конечностей 16 (61,5 %) были острые режущие предметы, 4 (15,3 %), которые непосредственно пересекали нервы и другие анатомические структуры. В старшей возрастной группе травмы наблюдались орудием домашнего хозяйства, а в сельских местностях – серпом 3 (11,6 %) и сено-резкой 3 (11,6%).

Закрытые травмы 10 (38,5 %) были обусловлены падением детей с высоты (дерево, стена, крыша) и приводили к переломо-вывихам костей, в результате чего отломки костей становились причинами сдавления или анатомического перерыва нервов.

При осмотре обращали внимание на характер, глубину и локализацию раны. При резаных ранах повреждение сосудисто-нервных пучков было вне сомнений и не требовало проведения дополнительных проб.

Для своевременной постановки правильного диагноза повреждения нервных стволов верхних конечностей основывались на топографию и физиологию анатомических структур верхних конечностей. Повреждение нервов можно диагностировать по внешнему виду конечности и ускоренным пробам, которые детально описаны Ю. Хегглином. При обследовании обращали внимание на двигательную и чувствительную функции нервов и уровень повреждения. Так, выпадение функции нервов при свежих ранениях верхних конечностей можно быстро выявить с помощью трёхточечной пробы. Утрата функции определённой мышцы, приводящая к типичному положению верхней конечности может свидетельствовать о выпадении двигательной порции того или иного нерва.

1. Если у ребёнка проекция раны или раневой канал проходит в зоне чуть ниже локтевого сустава или над ним, а при осмотре отмечается деформация в виде падающей кисти и при проверке ускоренной пробы отсутствует разгибание и отведение I пальца, то наверняка пересечён лучевой нерв до отдачи двигательных волокон к разгибательным мышцам (рис. 1).

Если же при проксимальных ранениях верхних конечностей ребёнок не может согнуть II-III пальцы в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах, а также в межфаланговом суставе большого пальца, что приводит к образованию “кисти молящегося” - это означает повреждение срединного нерва: расположенный с лучевой стороны сгибатель пальцев потерял свою функцию. В качестве ускоренной пробы служит невозможность соприкосновения кончиков I и V пальцев из-за отсутствия ладонного отведения и противопоставления I пальца (рис. 2).

На повреждение локтевого нерва на этом уровне может указывать образование птичьей лапы - отсутствие сгибания в проксимальных и дистальных межфаланговых суставах IV и V пальцев вследствие паралича лежащего с локтевой стороны сгибателя. Однако следует отметить, что при одновременном повреждении срединного и локтевого нервов также наблюдается птичья лапа. В качестве ускоренной пробы служит выявление паралича межкостных мышц: больной не может удержать полоску бумаги между безымянным пальцем и мизинцем из-за отсутствия приведения V пальца.

2. Если рана в области предплечья, следует исключить выпадение чувствительной функции лучевого нерва, а при ранах в области головки лучевой кости больше вероятности повреждения чисто двигательной функции этого нерва.

3. При дистальном расположении раны, сопровождающейся повреждением срединного нерва, выключается функция противопоставления I пальца. При этом больной не может обхватить круглый предмет I и II пальцами (положительный симптом бутылки). Дистальный уровень повреждения локтевого нерва ведёт к параличу межкостных мышц на соответствующей стороне кисти, а также к выпадению функции мышцы, приводящий I палец. Этот симптом можно проверить, попросив больного зажать концы полоски бумаги между I и II пальцами обеих рук и подтянуть бумагу, как бы попытаться вырвать её из раненой руки.

При этом отмечается приспособленное движение с помощью сгибания концевой фаланги большого пальца и снижение силы на стороне повреждения.

В целом вышеописанные клинические признаки и ускоренные пробы весьма просты и удобны, в какой-то мере имеют занимательный и игровой характер, особенно для детей старше 4 лет, следовательно, облегчают распознавание повреждения отдельных нервных стволов.

Результаты исследования и их обсуждение. После раннего выявления повреждений нервных стволов верхних конечностей, решался вопрос об оказании детям специализированной микрохирургической помощи. Нами преслежен как ближайший так и отдаленный послеоперационный период.

Послеоперационный период протекал гладко, раны зажили первичным натяжением и после прекращения иммобилизации начали ранние курсы реабилитации для улучшения регенерации по нервным стволам после восстановления их непрерывности. Объективный контроль за качеством проведенного хирургического и реабилитационного лечения проводили в период функциональных проявлений восстановления функции нервов после наложения швов, т.е. в функциональной фазе регенерации нервов.

Выводы. Вышеописанные клинические признаки и ускоренные пробы весьма просты и удобны, в какой-то мере имеют занимательный и игровой характер, особенно для детей старше 4 лет, следовательно, облегчают распознавание повреждения отдельных нервных стволов и дает возможность восстановить поврежденные анатомические структуры в кратчайшие сроки в специализированном учреждении.

Список литературы

1. Абрамян А.В. О хирургическом лечении застарелых повреждений периферических нервов предплечья и кисти / А.В. Абрамян, Ш.Ш. Хамраев // Ортопедия травматология и протезирование. – 1991. - № 6. - С. 14-16.
2. Абышов Н.С. Результаты хирургического лечения сочетанных травм сосудов и костей конечностей / Н.С. Абышов, Э.Н. Алиев // Хирургия им. Пирогова. - 2007. - № 9. - С. 54-57.
3. Аигужин Б.К. К вопросу диагностики и лечения повреждений периферических сосудов / Б.К. Аигужин, Д.И. Шакинов, Р.К. Хамитов // Мат. V съезда хирургов Республик Ср. Азии и Казахстана: тез. докл. - Ч. II - Ташкент, 1991. - С. 5 – 6.
4. Акильбеков С.Д. Диагностика и микрохирургическое лечение отдаленных последствий изолированных и сочетанных травматических повреждений нервов, сосудов и сухожилий конечностей у детей и подростков / С.Д. Акильбеков, М.И. Мурадов // Хирургия Казахстана. – 1996. № 5-6 – С. 36 - 44.
5. Алимов В. М. Лечение острой травмы сосудов дистальных отделов конечностей / В. М. Алимов, В.В. Красовский // Мат. V съезда хирургов Республик Ср. Азии и Казахстана: тез. Ч. II. - Ташкент. - 1991. - С. 6 - 8.

КРОССЛИНКИНГ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ РОГОВИЦЫ И ТРАНСПЛАНТАТА

Хайдаров З.Б., Каримов М.Б., Халимова З.С. Хамидов И.Д.

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
Глазные отделения ГУ «НМЦ РТ». Таджикистан

Актуальность. Язвы роговицы развиваются после первичной инфекции в 27,6% и в 30,2% возникают при присоединении вторичной инфекции. Гнойная язва роговицы часто приводит к гибели глаза вследствие развития эндофтальмита. По данным отдела инфекционных и аллергических заболеваний глаз Института им. Гельмгольца, язвы роговицы имеют осложненное течение в 23% случаев, завершаются энуклеацией в 17% -30%. В последние годы при некоторых патологических состояниях роговицы применяется коллагеновый кросслинкинг (КЛ). Впервые термин фотодинамическая реакция был введен Н. Von Tarpeiner в 1904 г. для описания фотохимического взаимодействия, приводящего к гибели биологических систем под влиянием света, красителя и кислорода. Коллагеновый кросслинкинг (UVX-linking, C3-R, crosslinking method, UVA method, CCL method) применяется для биомеханической стабилизации роговицы и направлен на полимеризацию волокон стромы под влиянием фотодинамических реакций в результате взаимодействия ультрафиолета и раствора рибофлавина [1-4].

Цель исследования. Изучение результатов кросслинкинга у больных с язвенными поражениями роговицы различного генеза.

Материал и методы исследования. В данное исследование были включены 16 больных (16 глаз) с язвенными поражениями роговицы и трансплантата различного генеза, находившиеся на стационарном лечении в глазных отделениях Государственного учреждения Национального медицинского центра Республики Таджикистан в период с января 2018 по январь 2019 года. Из них 10 мужчин и 6 женщин, возрастной диапазон составил от 34 до 68 лет (средний возраст 41±5лет). Наблюдение проводилось в сроки от 1 до 6 месяцев. Всем больным в сочетании кросслинкинга была проведена активная консервативная терапия, включающая антибиотики, противовоспалительные, регенеративные и репаративные препараты. По данным анамнеза были установлены причины развития язвы роговицы и трансплантата: травма инородным телом в 8-х случаях; после ношения МКЛ и присоединения инфекции язва развивалась у двух больных; буллезная кератопатия с развитием язвы роговицы у 4 пациентов и у двух пациентов имелось место герпетическое поражение трансплантата после сквозной кератопластики. При бактериологическом исследовании пациентов с язвами роговицы у 10 больных выявлена патогенная микрофлора представленная: *Staph. aureus*, и в двух случаях была выявлена бактериально-грибковая инфекция. У остальных 4 пациентов посев роста не дал. У пациентов после сквозной кератопластики герпетическое поражение роговицы было установлено на основании клинической картины.

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее часто размер бактериальных язв был 3,0 x 4,0 мм с гнойной инфильтрацией дна и краев язвы, с некрозом эпителия и различных слоев стромы в оптической и парацентральной зоне. Течение воспалительного процесса сопровождалось бурной клинической симптоматикой, проявляющейся в корнеальном синдроме, жалобами на ощущение инородного тела, светобоязнь и слезотечение. Клиническое обследование пациентов до и после лечения включало визометрию, биомикроскопию с фоторегистрацией в динамике. Из лабораторных методов исследования – проводилось бактериологическое определение характера микрофлоры. В обязательном порядке пациенты давали добровольное информированное согласие на проведение

кросслинкинга. Кросслиндинг роговицы проводился с использованием стерильного раствора рибофлавина 1%. В нашем исследовании дезэпителизация не проводилась из-за уже имеющегося дефекта эпителия.

Кросслиндинг был проведен всем пациентам. Техника проведения кросслинкинга: под местным обезболиванием раствором прокаина 1%, закапывался раствор рибофлавина 1% в течение 30 минут, затем производилось освещение ультрафиолетом в течение 30 минут с одновременным закапыванием того же раствора. По окончании процедуры были закапаны антибактериальные капли.

У 6 больных с диагнозом бактериальная язва роговицы, причиной возникновения которой послужила травма роговицы с внедрением инородного тела и присоединением бактериальной флоры, слезотечение, блефароспазм и боль в глазу проходили в течение 48 часов после кросслинкинга. Гипопион и опалесценция влаги передней камеры резорбировались на 3 день. По данным ежедневного наблюдения было установлено, что эпителизация язвы роговицы наступала в среднем на 6 день. Острота зрения до процедуры у пациентов с данным диагнозом составляла 0,01-0,04, через неделю после кросслинкинга – 0,08-0,1, через месяц- 0,1-0,15 и через 6 месяцев составила 0,2-0,3.

У двух больных с бактериальной язвой, несмотря на проведенную процедуры, была отмечена недостаточная положительная динамика процесса, в связи с чем произведена дополнительно лечебная кератопластика с помощью сухой консервированной роговицы.

У 4-х пациентов с буллезной кератопатией и у 2-х с герпетическими язвами трансплантата заживление язвы с полной эпителизацией наступило в среднем на 8-ой день. Острота зрения до процедуры и в установленные сроки наблюдения у всех пациентов составляла от св.пр.пр. до 0,04 из-за состояния роговицы на фоне ЭЭД и также в связи с наличием инфильтрата в центре трансплантата.

Выводы. Таким образом, нам представляется весьма перспективным дальнейшее применение КЛ в комбинированном лечении язв роговицы и трансплантата. Однако, учитывая небольшое количество пациентов, требуется дальнейшее продолжение исследования и лечения в рассмотренном направлении.

Список литературы

1. Лечение язвы роговицы ксеротической этиологии / С.Г. Журова [и др.] // Клиническая офтальмология. – 2010. – Т.11, №2. – С. 49-52.
2. Применение двойного кератоамниопокрытия при язвенных процессах роговицы / Ю.Е. Батманов [и др.] // Федоровские чтения. Новые технологии в лечении заболеваний роговицы: материалы всерос. науч.практ. конф. – М., 2004. – С. 52-55.
3. Бобкова, Т.Г. Структура язвенных поражений роговицы, их диагностика и лечение по данным 3 ВХО ГУЗ КО-КОБ за 3 года / Т.Г. Бобкова, Н.В. Маурер // Российский общенациональный форум. Сборник научных трудов. - М., 2008. – С. 279-282.
4. Thermomechanical behavior of collagen-cross-linked porcine cornea / E. Spoerl [et al.] // Ophthalmologica. – 2004. - N218(2). – P.136-140.

СИНДРОМ МАРФАНА И ЕГО ГЛАЗНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Хайдаров З.Б., Каримов М.Б., Махмадов Ш.К., Сафаров Х.

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
глазные отделения ГОУ «НМЦ РТ», городской центр здоровья г. Нурек. Таджикистан

Актуальность. Согласно литературным источникам синдром Марфана является довольно редким заболеванием, которое встречается примерно у 1 из 5000 человек. По данным современных исследований, в основе возникновения этого заболевания лежит мутация гена белка фибриллина в 15-й хромосоме, что приводит к аномалиям в выработке и структуре фибриллина. Приблизительно в 75% случаев, ген синдрома Марфана передается детям от родителей, которые имеют это заболевание. А тип наследования – аутосомно-доминантный, что означает унаследование данного заболевания ребенком от больных родителей и составляет 50% [1].

Признаки заболевания проявляются с момента рождения ребенка. В период новорожденности обнаруживаются скелетные аномалии в виде удлинения конечностей, узкого лицевого черепа, иногда в виде деформации грудной клетки [2].

При исследовании сердечно-сосудистой системы определяются изменения, характерные для регургитации крови в предсердия либо прохождения потока через аномальное отверстие в перегородках, пролабирования створок митрального или других клапанов сердца [3].

Одним из характерных признаков болезни Марфана является патология со стороны органа зрения. Согласно данным литературы поражение органа зрения при этом наблюдается у 50-80% пациентов, нередко являясь одним из ранних признаков заболевания. К ранним признакам синдрома Марфана относят эмбриотоксон, гипоплазию радужки, особенно ее пигментной каймы. В дальнейшем, происходит деструкция стекловидного тела, разрушение волокон ресничного пояса и как следствие эктопия хрусталика [4].

Характерная для синдрома несостоятельность связочного аппарата хрусталика является причиной разрыва капсулы, выпадения стекловидного тела при хирургии катаракты. Однако присущая синдрому Марфана атрофия радужки с нарушением ее диафрагмальной функции зачастую скрывает явные признаки сублюксации хрусталика, препятствуя своевременному выполнению мер профилактики осложнений.

Офтальмологические проявления диагностируют практически у всех больных синдромом Марфана, независимо от их возраста. Однако до сих пор нет единого мнения офтальмологов о сроках появления конкретного изменения со стороны органа зрения у больных с синдромом Марфана. В этой связи возникла необходимость более детального изучения проявлений болезни [5].

Цель исследования. Изучение глазных проявлений синдрома Марфана у жителей города Нурек Хатлонской области Республики Таджикистан.

Материал и методы исследования. Объектом исследования явились 18 пациентов с синдромом Марфана в возрасте от 7 до 44 лет (средний возраст $19,78 \pm 2,14$ лет), находившихся под наблюдением и на лечении в условиях ГЦЗ г. Нурек и ДГО ГОУ «НМЦ РТ». Среди обследованных лиц женского пола было 10 (55,6%), мужского – 8 (44,4%).

Стандартное офтальмологическое обследование с применением визометрии, периметрии, тонометрии, биомикроскопии, офтальмометрии, рефрактометрии и офтальмоскопии было проведено на 36 глазах.

Также, проведено полное общесоматическое обследование с привлечением педиатра, эндокринолога, ортопеда-травматолога и кардиолога с установлением наличия больших, малых и дополнительных критериев болезни.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно нашим исследованиям, среди 60 000 населения г. Нурука было на диспансерном учете 18 больных с синдромом Марфана (0,03%).

Наиболее часто среди детей данной категории наблюдается сочетанное поражение сердечно-сосудистой системы, скелета и органа зрения. Сердечная патология в основном характеризовалась (33,3%) аневризмой аорты и различными пороками развития клапанов сердца.

У 77,7% (14 больных) пациентов с синдромом Марфана наблюдаются проявления заболевания со стороны скелета, характеризующиеся высоким ростом, астеническим телосложением, арахнодактилией, сколиозами и спондилолистезами, нарушением функции суставов, плоскостопием.

У 16 пациентов (88,9%) в неврологическом статусе на первый план выступает миопатический синдром: умеренно выраженные атрофии мышц туловища и конечностей со снижением их силы, мышечная гипотония, в отдельных случаях в сочетании со слабостью связок, приводящей к разболтанности суставов.

Офтальмологические проявления в той или иной степени наблюдались у всех детей с синдромом Марфана независимо от возраста.

Биомикроскопия показала, что двусторонняя люксация прозрачного хрусталика имеется у 9 (38,9%) больных. Люксация хрусталика сопровождалась снижением остроты зрения (0,1 - 0,4).

Катаракта разной степени выраженности на фоне люксации хрусталика была выявлена на 3 (16,7%) глазах и характеризовалась помутнениями задних кортикальных и субкортикальных слоев хрусталика. При этом острота зрения была заметно снижена, составляя 0,04-0,07.

6 больных – 6 глаза (27,8%) - ранее были подвергнуты хирургическому лечению, в связи с чем у них наблюдали афакию. Из-за отсутствия задней капсулы интраокулярная коррекция не была произведена.

Рефрактометрия показала наличие миопии разной степени, в том числе с астигматизмом у 8 больных (27,8%). При этом характерных для миопии изменений глазного дна не выявлено, что указывало на хрусталиковый характер процесса.

При этом, несмотря на тщательную коррекцию, острота зрения не превышала 0,7. Наряду с этим у 2-х больных (0,1%) была диагностирована гиперметропия слабой степени.

У 8 больных (44,4%) было диагностировано сходящееся косоглазие и, учитывая наличие анизометропии, имела вторичный характер.

Вместе с тем в ходе наших исследований было выявлено, что у 3 пациентов (16,72%) изменения органа зрения явились единственным признаком болезни Марфана.

Таким образом, при синдроме Марфана мы наблюдали различного рода поражения глазного яблока, которые в совокупности приводили к выраженному снижению зрения и, как следствие, ранней инвалидизации больных.

Выводы.

1. Наиболее часто встречающимися симптомами болезни Марфана является люксация хрусталика (38,9%) и катаракта (16,7%), которые при прогрессировании осложняются хрусталиковой миопией и косоглазием.
2. Изменения органа зрения при болезни Марфана требуют своевременной хирургической коррекции и постоянного наблюдения у офтальмолога.

Список литературы

1. Синдром Марфана / В.М. Делягин [и др.] // Практическая медицина. – 2008. – № 28. – С. 39-43.
2. Особенности клиники синдрома Марфана в юношеском и зрелом возрасте / В.И. Дмитриев [и др.] // Врачебное дело. – 1981. – № 7. – С. 78-80.
3. Липатов, Д.В. Несостоятельность связочно-капсулярного аппарата хрусталика: классификация, диагностика, лечение и профилактика / Д.В. Липатов, А.А. Толкачева // Вестник офтальмологии. – 2007. – №6. – С. 57-61.
4. Frydman, M. The Marfan syndrome / M. Frydman // Isr. Med. Assoc. J. – 2008. – № 10(3). – С. 175–178.
5. Characterization of the inflammatory cells in ascending thoracic aortic aneurysms in patients with Marfan syndrome, familial thoracic aortic aneurysms, and sporadic aneurysms / R. He [et al.] // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2008. – № 136(4). – С. 922-929.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ СУЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

Хакимов М.Х., Расулов Н.И., Мансуров Х.Н., Саидов А.С.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии. Лечебно-диагностический центр
ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Сужение прямой кишки довольно редкая патология. В специализированных колопроктологических отделениях насчитываются десятки больных, лечившихся по поводу указанной патологии.

Большинство хирургических методов лечения сужений прямой кишки нашло свое отражение в литературе. Однако до сего времени все они имеют как положительные, так и отрицательные стороны. Отмечено, что сужения прямой кишки встречаются в 0,9 - 1,7% среди всех больных, госпитализированных с неопухолевыми заболеваниями прямой кишки и анального канала [3,4]. В то же время большинство исследователей указывают, что послеоперационные стриктуры анального канала среди всех сужений прямой кишки занимают ведущее место [1]. В хирургии взрослых описаны случаи ишемии толстой кишки после операций на аорто-подвздошном сегменте, которые достигают 15% и подтверждены ангиографическим методом исследования. Не во всех случаях при этом тяжесть поражения чревата гангреной, чаще возникает обратимый воспалительный процесс с развитием фиброзной стриктуры [2].

По данным медицинской литературы, одним из самых объективных методов оценки кровоснабжения толстой кишки является рентгеноконтрастная ангиография. Данная методика позволяет визуально оценить степень перфузии кишечной стенки, а также состояние коллатеральных путей у оперированных больных. Коллатеральное кровообращение оценивается по наличию на ангиограммах дуги Риолана и внутренних подвздошных артерий. Наибольший процент проявления ишемии левой половины толстой кишки после реконструктивных операций (до 34 %) на аорто-подвздошнобедренном сегменте встречается у больных с нефункционирующей внутренней подвздошной артерией, а наиболее тяжело ишемический колит протекает у больных с сочетанным отсутствием функции нижней брыжеечной артерии и внутренней подвздошной артерии [3].

Особенности анатомического строения анального канала, его ангиоархитектоника, а также близость перианальной кожи, участвующей в процессе рубцевания, определяют специфику послеоперационных рубцовых стриктур анального канала и своеобразность течения данного заболевания [4,5].

Отсутствие достаточного количества наблюдений является причиной небольшого числа публикаций на эту тему в журнальных статьях и монографиях хирургов нашей республики, сообщения посвященные данной теме отсутствуют. Исходя из вышесказанного, мы решили поделиться опытом лечения прямой кишки.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения сужения прямой кишки на основании изучения особенностей развития данной патологии .

Материал и методы исследования. В лечебно-диагностическом центре ТГМУ имени Абуали ибни Сино и отделении колопроктологии ГКБ №5 с 2016 до 2019г проведены обследования лечения 11 больных с сужением прямой кишки в возрасте от 25 до 55 лет. Средний возраст составил $36 \pm 2,5$ лет. мужчин 6(54,5%), остальные 5 (44,5%) пациентов - лица женского пола, все пациентов страдали сужением прямой кишки. В 2 (18,8%) случаях отмечались врожденные сужения прямой кишки, а в 9 (81,2%) случаях – приобретенные сужения прямой кишки. Сужение ампулярного отдела встречалось в 3-(27,2%) случаях (1-врожденный, 2-приобретенных). В 2-(18,1%) случаях сужение ампулярного отдела было ограниченным, а в 1-ом случае сужение охватывало весь ампулярный отдел и нижнюю треть сигмовидной кишки. Сужение анального канала встречалось в 8 случаях (1-врожденное, 7 приобретенный – послеоперационные).

В двух случаях причиной сужения были последствия ожогов прямой кишки, полученных во время клизмы горячей водой. В 7 случаях отмечалось послеоперационное сужение прямой кишки и анального канала. Наиболее частой причиной послеоперационного сужения явились операции геморроидэктомии, выполненные в общехирургических отделениях. Основными жалобами больных было затруднение акта дефекации. Чтобы облегчить свое страдание больные постоянно прибегали к очистительным клизмам, эффект которых был незначительным и временным. Больным проводили общеклинические обследования. Диаметр и протяженность сужения определяли пальцевым исследованием с помощью зондов и контрастированием с последующей рентгенографией прямой кишки. Сужение колебалось в пределах 0,5-1 см. В 3- (27,2%)случаях сужение анального канала осложнилось каловым завалом.

После соответствующей подготовки все больные были оперированы. При ограниченных сужениях ампулярного отдела прямой кишки 2 (18,1%) применяли операцию продольного рассечения суживающего кольца с поперечным ушиванием раны слизистой оболочки прямой кишки. При сужении всей ампулярной части производили брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением вышележащих отделов толстой кишки и наложением колоанального анастомоза 1(9,01%).

При сужениях анального канала в 1(9,01%)случае была применена пластика по методу Аминова А. М. а в 7 (63,6%)случаях – по предложенной нами методике, сущность которой заключается в следующем:

Техника операции . Оперативное вмешательство проводили под общим или местным регионарным обезболиванием, суженое анального отверстие рассекается спереди и сзади. Потом под зрительным контролем разрез продолжается проксимально до нормальной слизистой оболочки. Глубина разреза должна доходить до волокна анального сфинктера (иногда мы задний разрез сочетаем с задней сфинктеротомией). В анальный канал вводим зеркало и проводим девульсию. Образующиеся продольные раны на передней и задней стенках анального канала ушиваются в поперечном направлении (перианальная кожа с слизистой оболочка). Для ликвидации натяжения отступа на 2,0-2,5 см от анального отверстия спереди и сзади производимы ослабляющие разрезы. Длина разреза

зависит от степени натяжения тканей и обычно оно колеблется в пределах 2-3 см. Эта рана ушивается в продольном направлении. В послеоперационном периоде в анальный канал вводится проктосидиловая мазь, а снаружи на рану накладывается антисептический раствор.

Результаты исследования и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде у всех оперированных больных отмечалось заметное улучшение состояния здоровья. Нормализовался акт дефекации. Послеоперационное осложнение в виде нагноения промежностных ран встречалось в 2-х случаях. Раны зажили вторичным натяжением отдаления. Результаты были удовлетворительными. В отдалённом послеоперационном периоде случаев рецидива сужения прямой кишки и анального канала у наших больных не наблюдалось.

Таким образом, в результате хирургической тактики в зависимости от локализации сужения прямой кишки в ближайшем и в отдалённом послеоперационном периоде наблюдалась наименьшая частота различных ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Список литературы

1. Аминев, А.М. Руководство по проктологии / А.М. Аминев. – Куйбышев, 1973. – Т. 3. – С. 517-555.
2. Аминев, А.М. Лекции по проктологии / А.М. Аминев. - М.: Медицина, 1969. - 364 с.
3. Лёнюшкин, А.И. Детская колопроктология / А.И. Лёнюшкин. - М.: Медицина, 1990. - 152 с.
4. Чухриенко, Д.П. Заболевания прямой кишки / Д.П. Чухриенко, А.В. Люлюко, Я.С. Березницкий. — М.: Медицина, 1976. - 160 с.
5. Руководство по колопроктологии / В.Д. Ривкин [и др.]. – М.: Медпрактика, 2001. – 300 с.

К ЗНАЧИМОСТИ И РОЛИ ФИБРОКОЛОНОСКОПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Хакимов С.К., Махмадов Б.Р., Саидов А.С. Школенко О..Л

Отдел эндоскопических исследований Национального диагностического, лечебного и учебного центра, (директор Боронов С. Н), Городской колопроктологический центр (директор Сироджев Д.) город Душанбе. Таджикистан

Актуальность. С каждым годом наблюдается увеличение роста неспецифического язвенного колита (НЯК), что должен настораживать всех специалистов для решения вопросов профилактики, диагностики и лечения, т.к. все эти проблемы до сих пор остаются актуальными. (2,3)

Цель исследования. Определить частоту неспецифического язвенного колита (НЯК) с локализацией и уровнем поражения толстого кишечника с последующем наблюдением эффективности лечения в условиях Национального лечебно-диагностического и учебного центра (НДЛУЦ) МЗ и СЗН Республики Таджикистан.

- Задачи исследования.** 1). Определение частоты выявления НЯК.
2). Уточнение локализации и уровня поражения процессом.
3). Наблюдение за эффективностью лечения

Материалы и методы исследования. Проблемы раннего выявления и последующего лечения НЯК до сих пор являются актуальными и до конца не решёнными. Диагноз неспецифический язвенный колит в большинстве случаев выставляется по клиническим проявлениям, но объективное подтверждение диагноза происходит после проведения фиброколоноскопии с осмотром подвздошной кишки и гистологическим исследованием биоптатов, а до этого момента диагноз является предварительным. (2,3)

Клинически заболевание проявлялась следующими кишечными и внекишечными симптомами: частый понос или кашицеобразный стул с примесью крови, гноя и слизи, «ложные позывы» на дефекацию, боль в животе (чаще в левой половине), снижение аппетита, потеря веса (при длительном и тяжелом течении), общая слабость, боли в суставах, водно-электролитные нарушения различной степени. (1,4)

В клиническом анализе крови — увеличение общего количества лейкоцитов, палочкоядерный сдвиг, тромбоцитоз, повышение СОЭ и анемии (снижение уровня эритроцитов и гемоглобина). (1,4)

В биохимическом анализе крови — повышение уровня С-реактивного белка и гамма-глобулинов, анемия (снижение уровня сывороточного железа). (1,4)

Проведенный анализ работы отдела эндоскопических исследований НДЛУЦ по выявлению и динамике течения и лечения НЯК за период с 2015 по 2017гг (табл.1) показал, что было произведено 1255 фиброколоноскопии (ФКС), что составляет 17,1% от всех проведенных эндоскопических процедур в ОЭИ (7345). НЯК разных локализаций и степеней тяжести выявлено 82 (6,5%) случаев. С болезнью Крона были 11 (0,9%) больных. Все больные были направлены в хирургический стационар (в хирургическое отделение Городской клинической больницы №5 г. Душанбе и Колопроктологический центр г. Душанбе).

Таблица 1. - Результаты выявления НЯК по локализации и степени поражения

№	Локализация поражений	К-во	%	Степень тяжести течения					
				I	%	II	%	III	%
1	Прямая кишка	16	19,5	11	13,4	4	4,9	1	1,2
2	Прямая и сигмо-видная кишка	39	47,6	19	23,2	12	14,6	8	9,8
3	Сигмовидная кишка	5	6,1	2	2,4	2	2,4	1	1,2
4	Поперечно-ободочная кишка	3	3,6	2	2,4	1	1,2	-	-
5	Тотальное поражение	19	23,2	2	2,5	3	3,7	14	17,1
6	Всего	82	100	36	43,9	22	26,8	24	29,3

Мужчин было 61 (74,4%), женщин 21 (25,6%), т.е. в соотношении 3:1, возраст больных варьировал от 16 до 45 лет. Кровотечения во время обследования наблюдались у 21 (25,6%) больного, в основном поверхностные. Псевдополипоз обнаружен у 27 (32,9%) больных, а с дивертикулами было 4 (4,9%) больных.

Контрольная ФКС произведена в 59 (72%) случаях, где в основном наблюдалась положительная динамика терапии, из них 24 больным ФКС произведены после проведения оперативных вмешательств от частичной ректосигмэктомии до тотальной резекции толстого кишечника. После отключения толстого кишечника также 7 больным была выполнена контрольная ФКС, а в 2-х случаях 3-х кратная ФКС. Тотальная резекция была, произведена только после продолжительного мало, или не эффективного медикаментозного лечения.

При анализе выявления НЯК в условиях НДЛУЦ за последние годы отмечается увеличение случаев заболевания, что связано с нарушением режима питания, приёмом низкокачественных продуктов питания, психоэмоциональных нагрузок, увеличения стрессов, наследственного фактора и др. факторов, способствующих их развитию.

Выводы: При налаживании взаимосвязи с другими лечебно-профилактическими учреждениями можно достичь большей выявляемости этого заболевания, в том числе и в начальных этапах возникновения и развития. Наш анализ показывает тенденцию увеличения роста заболеваемости неспецифическим язвенным колитом среди населения города Душанбе и окружающих районов. Следует учесть тот факт, что наши данные и данные других авторов не дают полного представления об истинной частоте этого заболевания, так как основываются на степени обращаемости больных за медицинской помощью. Этот фактор напрямую зависит от социально-экономического положения населения в различных регионах.

НЯК чаще всего диагностируется у мужчин в возрасте от 16 до 45 лет, в большинстве случаев поражает прямую и сигмовидную кишку, но имеет место тенденция роста тотального поражения толстого кишечника. В последнее время НЯК трудно поддаётся консервативному лечению.

Таким образом, проведенный анализ ещё раз доказывает, что использование современного эндоскопического оборудования, в частности фиброколоноскопия, для диагностики НЯК на всех этапах развития способствует быстрейшему выявлению и лечению заболевания, предотвращает осложнения и этим способствует оздоровлению населения.

Список литературы

1. Воробьев Г.И., Халиф И.Л. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника Издательство: Миклош. Год: 2008. - 422 с.
2. Григорьева Г.А. Язвенный колит и болезнь Крона проблема XXI века / Г.А. Григорьева // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. - 2011,- № 1.- С. 12-14.
3. Наврузов С.Н. Неспецифический язвенный колит / С.Н. Наврузов, Б.С. Наврузов // Ташкент: «Шарк». - 2008,- 464 с.
4. Халиф И.Л. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика и лечение / И.Л.Халиф, И.Д.Лоранская. — М.: Миклош, 2004.—88 с.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Халикова Ф.Х., Джурабекова А.Т., Вязикова Н.Ф.

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

Актуальность. Несмотря на значительные успехи, достигнутые за последние десятилетия в борьбе с инфекционными заболеваниями, внутриутробные инфекции представляют серьезную нерешенную социальную проблему общества. Это связано с устойчивой тенденцией к ухудшению здоровья населения, росту числа инфекционных заболеваний. Исследователями констатируется широкое распространение перинатального инфицирования, в том числе среди клинически здоровых новорожденных[1,4]. Известно, что внутриутробные инфекции, в том числе с поражением нервной системы, чаще развиваются при наличии у матери хронических соматических заболеваний, воспалительных заболеваний урогенитального тракта, отягощенном акушерско-гинекологическом анамнезе, патологическом течении беременности и родов[2,6]. В последнее время увеличился объем информации о роли материнской инфекции, как причины поражения плода. В центре внимания акушеров, неонатологов и других специалистов (в том числе - невропатологов) остаются такие вопросы, как определение роли неблагоприятных факторов в патогенезе перинатальных поражений ЦНС, оценка степени риска для беременной женщины и плода, поиск достоверных критериев ближайшего и отдаленного прогноза развития ребенка[3,5]. Выделение достоверных маркеров развития перинатальных поражений ЦНС позволит своевременно выделять группу беременных повышенного риска для проведения индивидуальных лечебных и профилактических мероприятий. Именно такой подход с использованием систем прогнозирования, вероятно, может значительно снизить частоту неврологической заболеваемости у детей раннего возраста.

Цель исследования. Изучить влияние преморбидного фона и инфекций передающихся половым путем на течении беременности и родов.

Материалы и методы исследования. Нами проанализирован преморбидный фон, акушерско-гинекологический анамнез, характер течения беременности и родов у 78 женщин. Данная патология выявлена у 40 женщин, что составляет % от общего числа обследованных.

При анализе состояния здоровья будущих матерей во время беременности применялся клиничко-анамнестический метод: проводилась оценка соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, структуры урогенитальных инфекций, анализ характера течения беременности и родов.

Морфологическое исследование последов осуществлялось в первые сутки после родов в патологоанатомическом отделении клиники СамМИ по методике ускоренной гистологической проводки.

Результаты исследования. При оценке акушерско-гинекологического анамнеза установлено, что наиболее частой патологией являлись кольпит (у 25%) и самопроизвольные выкидыши (у 14 %). Каждая вторая женщина делала аборт (у 55 %). Особого внимания заслуживает тот факт, что патологические состояния наблюдались практически у половины обследованных (45%), что отражаетотяащенный преморбидный фон беременных. При обследовании в женских консультациях инфекции, передающиеся половым путем (далее - ИППП) выявлены у 25,3%.

Таблица 1. - Структура ИППП, выявленных у беременных (n=40).

ИППП	Абс. цифры	%
Хламидиоз	21	51,2
Уреаплазмоз	15	36,6
Цитомегало вирус	9	22
Герпес	2	4,9
Трихомониаз	6	14,6

Как видно из представленных данных (табл.1), наиболее высокий удельный вес приходится на хламидиоз (21 случай, 51,2 %), уреаплазмоз (15 случаев, 36,6 %), микоплазмоз (9 случаев, 22 %).

У 12 беременных (29,3 %) выявлено по две ИППП, частота микст - инфекций, передаваемых половым путем, представлена в таблице 2.

Таблица 2. - Частота микст-инфекций, передаваемых половым путем, у беременных (n=12).

Инфекции	Хламидиоз	Уреаплазмоз	Цитомегаловирус	Герпес	Трихомониаз
Уреаплазмоз	2	-	3	-	-
Трихомониаз	3	-	-	-	-
Микоплазмоз	4	3	-	-	-
Хламидиоз	-	2	4	-	3

Чаще всего хламидийная инфекция сочеталась с микоплазмозом (4 случая) или трихомониазом (3 случая). Всего хламидиоз выявлен в 3/4 случаев микст - инфекций, передаваемых половым путем (9 случаев из 12).

Таким образом, анализ состояния здоровья обследованных беременных показал:практически у каждой четвертой женщины (24,7%) наблюдалась экстрагенитальная патология, среди которой доминировали воспалительные заболевания мочевыводящих путей;с такой же частотой (25,3 %) во время беременности обнаружены ИППП, в половине случаев представленные хламидийной инфекцией (изолированной или в виде микст-инфекции);почти у половины обследованных (45%) выявлен отяащенный акушерско-гинекологический анамнез, частота хронических воспалительных заболеваний гинекологической сферы (аднексит, кольпит) достигает 26,5%.

Таблица 3. - Частота сочетания экстрагенитальной патологии, патологии акушерско-гинекологического сферы у женщин и ИППП

Нозология	ИППП (n=40)		Без ИППП (n=38)		P
	Всего	%	Всего	%	
Хр.пиелонефрит	5	12.5	1	2,6	>0,05
Цистит	2	5	3	7,8	>0,05
Кольпит	20	50	8	21	<0,001

Таким образом, анализ сочетания экстрагенитальной патологии, патологии акушерско-гинекологической сферы у женщин и инфекций, передающихся половым путем (табл.3) показал, что имеется достоверная связь между хроническими воспалительными заболеваниями гинекологической сферы у женщин (кольпит) и ИППП (50%, p<0,001).

Выявленные факты позволили предполагать высокий риск патологического течения беременности и родов, что может способствовать росту частоты патологии у детей, в том числе со стороны нервной системы.

Из таблицы 4 видно, что наиболее частой патологией периода беременности у обследованных женщин являлись угроза прерывания беременности (25 случаев, 32 %) гестоз (8 случаев, 10,2%), преждевременные роды (26 случаев, 33,3%), анемия (28 случаев, 35,9%). Отмечена низкая частота дородовой диагностики многоводия и фетоплацентарной недостаточности.

При изучении последов, морфологические признаки инфицирования выявлены в (18%), плацентарной недостаточности - в (26 %), их сочетание - в (19%). Поражения различных частей последа не имели статистически значимых различий в изучавшихся группах (p>0,05), что позволяет оценивать (37%) последов, как последы с морфологическими признаками инфицирования. При оценке поражений различных частей последа выявлено, что в последах с признаками инфицирования наиболее часто встречается хориодецидуит (71,19%), хориоамнионит (38,98%), флебит (33,9%) и артериит (20,34%). Чем больше воспалительных изменений в последе, тем выше вероятность инфицирования плода. При проведении оценки недостаточ-

ности плаценты выявлено, что на долю хронической недостаточности приходится 68,1%, острой недостаточности - 19,4% и комбинированной - 12,5%.

Таблица 4. - Характеристика патологии периода беременности и родов (n=78).

Осложнение беременности и родов	С ИППП (n=40)		Без ИППП (n=38)	
	Всего	%	Всего	%
Угроза прерывания беременности	15	12,5	10	2,6
Гестоз	5	5	3	7,8
Перинатальное поражение ЦНС	20	50	8	21
Гемолитическая болезнь	8	20	5	13
Гипоксия, асфиксия в родах	13	32,5	7	18,4
Анемия	17	42,5	11	28,9
Преждевременные роды	16	40	10	2,6
Задержка внутриутробного развития плода	26	65	8	21
Гипоксия плода	15	12,5	6	15,7

Вывод. Таким образом, в результате обследования беременных показано, что высокая частота неблагоприятного преемобидного фона, осложненного акушерско-гинекологического анамнеза, переносимых в период беременности инфекции передающие половым путем сочетается с высокой частотой осложненного течения беременности и родов. Морфологическое исследование плаценты является дополнительным методом, на основании морфологического исследования последа можно проводить прогнозирование риска развития внутриутробных инфекций у новорожденных.

Список литературы

1. Лаврик С.Ю., Домитрак С.В., Шпрах В.В. // Клиническая нейрофизиология и нейрореабилитация: Признаки задержки формирования электрокорковой ритмики у детей с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы/ сб. материалов Пнауч.-практ. Конф. С междунар. Участием. -СПб., 2014.
2. Тусупкалиев Б.Т., Жумалина А.К., Жекеева Б.А. Современные аспекты
3. лечения врожденных герпетических инфекций у новорожденных с малой массой тела при рождении // Медицинский журнал Западного Казахстана 3(51) 2016.С.75-77.
4. Тусупкалиев Б., Жумалина А., Жекеева Б.А. Синдром системной воспалительной реакции при герпетических инфекциях у новорожденных с малой массой тела рождения. Вестник КазНМУ научно-практический журнал №4. 2015. С. 72-76.
5. Ascending in utero herpes simplex virus infection in an initially healthy- appearing premature infant // *Pediatr Dev Pathol.* 2015 Mar-Apr;18(2) P.155
6. Ascending in utero herpes simplex virus infection in an initially healthy- appearing premature infant // *Pediatr Dev Pathol.* 2015 Mar-Apr;18(2) P.155.

МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ

Халимов Э.В., Михайлов А.Ю., Баранова Т.С.

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России

Актуальность. Хирургические заболевания, связанные с микробной контаминацией, сопровождаются симптомами системной воспалительной реакции (СВР) Однако, диагностика септических состояний, интегральный анализ иммунной системы больного и, как следствие адекватность и своевременность проведения лечебных мероприятий, представляет сложность для большинства клиницистов, и, не теряет своей актуальности до настоящего времени [1,2,3]. Так, по определению R. Bone (1992), одним из признаков системной воспалительной реакции являются: температура тела более 38° или менее 36°, тахикардия более 90 ударов в минуту, тахипноэ более 20 в 1 минуту, лейкопения менее 4,0 · 10⁹/л или лейкоцитоз более 12,0 · 10⁹/л или больше 10,0 % незрелых форм лейкоцитов [4].

Большинство септических состояний индуцирует снижение активности РЭС. Одним из продуктов иммунофизиологической деятельности РЭС является фибронектин плазмы крови, являющийся гликопротеидом с молекулярной массой 450 кД. Нормальная концентрация общего фибронектина в плазме составляет 330±80 мкг/мл, нативного нерасщепленного фибронектина 70-148 мкг/мл, две трети циркулирующего в кровотоке фибронектина находится в интактной форме. Основные связывающие домены фибронектина связываются с фибрином, золотистым стафилококком, фиксируются в процессах фагоцитоза, хемотаксиса и опсонизации. Учитывая данные явления, уровень нативного нерасщепленного фибронектина соответствует степени задействованности общего плазменного фибронектина в иммунологических реакциях. Динамика уровня плазменного фибронектина отражает тяжесть многих заболеваний брюшной полости; является показателем динамики ulcerogenesis при язвенной болезни 12- перстной кишки и желудка, отмечено снижение уровня плазменного фибронектина у больных с хроническим активным гепатитом и циррозом печени [5].

Цель исследования.

- 1) Изучить содержание плазменного нерасщепленного нативного фибронектина (ПННФ) у больных с хирургической патологией, с признаками системной воспалительной реакции и пациентов без явлений эндотоксикоза.
- 2) Оценить соответствие показателей шкалы Bone R.C, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) В. К. Островского, С- реактивного белка (СРБ), уровню ПННФ при комплексном лечении в хирургическом стационаре.

Материал и методы исследования Проанализированы данные результатов лечения пациентов, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии БУЗ УР ГКБ № 6 МЗ УР г. Ижевска, на лечении в январе – мае 2018 года. Пациенты были разделены на 2 группы: основную группу – имеющие признаки СВР и группу сравнения без клиничко – лабораторных данных сепсиса (полиэтиологические трофические язвы нижних конечностей). Основная группа – 21 человек, подразделена на 5 подгрупп; 1-перитонит, абдоминальный сепсис (4), 2- синдром диабетической стопы с гнойно-некротическими поражениями (6), 3-атеросклеротическая гангрена нижней конечности (2), 4-гнойно-некротические инфекции мягких тканей (7), 5-другие заболевания (2)

В исследуемой группе было 12 женщин (57%), 9 мужчин (43%) . Средний возраст 63,0±17,2 года. Группа сравнения была представлена 35 пациентами: из них, с трофическими язвами нижних конечностей при хронической венозной недостаточности (ХВН) –14 пациентов (39,9%) и синдромом диабетической стопы, нейропатической формы, без гнойных осложнений (Wagner 1-2) -21 пациент (60,1%). Средний возраст 58,7±10, 6 лет. Гендерный состав - 22 женщины (62,8%) и 13 мужчин (37,2%). Для анализа были взяты данные суточной термометрии (градусы Цельсия), частота сердечных сокращений (ЧСС - удары в минуту), лейкоцитоза ($10^9/л$), ЛИИ по В. К. Островскому, СРБ (мг/мл), ПННФ (мкг/мл). Исследование ПННФ проведено методом твердофазного иммуноферментного анализа тестовым набором ТС Fibronektin компании «БиоХимМак» на базе биохимической лаборатории БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР» г. Ижевска, на многопараметромном автоматическом анализаторе CHORUS. Показатели оценивались дважды: первый раз на 2- 3 сутки, второй раз на 10-14 день госпитализации. Статистическая обработка проведена с помощью компьютерных средств (Statistica, MS Office Excel) с применением альтернативного компьютерного анализа по традиционной математической методике: вычисление средних (M) и относительных величин (P) с определением ошибки ($\pm m$). Оценка достоверности проводилась с использованием непараметрического показателя Колмогорова - Смирнова.

Результаты исследования и их обсуждение. Полученные данные представлены в таблицах.

Таблица 1. - Динамика лабораторно-функциональных показателей в период исследования. Основная группа.

Подгр.	ПННФ мкг/мл		Лейкоцитоз $10^9/л$		ЛИИ по Островскому В. К.		СРБ мм/л		ЧСС		Термометрия (гр С)	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1	29,5± 9,4 %	78,0± 15,6 %	18,0± 4,2%	10,5± 1,6%	3,9± 1,7%	1,8± 0,5%	7,3± 3,2%	4,8± 1,5%	92,0± 8,0%	76,0± 10,0%	38,7± 0,3%	37,1± 0,1%
2	49,3± 20,8%	66,0± 17,9%	14,2± 2,8%	8,9± 2,0%	4,2± 2,1%	2,5± 0,4%	4,7± 2,0%	4,0± 1,1%	90,0± 6,0%	82,0± 14,0%	37,9± 0,5%	37,0± 0,3%
3	44,3± 12,6%	99,0± 23,8%	13,2± 4,9%	8,0± 1,6%	2,8± 0,7%	1,6± 0,1%	6,0± 2,9%	4,8± 0,8%	88,0± 14,0%	70,0± 8,0%	37,8± 0,7%	36,9± 0,3%
4	57,5± 17,2%	105,0± 20,6%	16,7± 3,2%	13,4± 3,3%	4,0± 1,2%	1,7± 0,4 %	9,5± 3,5%	7,0± 2,5%	90,0± 10,0%	69,0± 9,0%	38,9± 0,4%	36,9± 0,4%
5	49,5± 9,7%	86,2± 17,1%	16,2± 2,4%	9,2± 3,1%	3,2± 0,9%	1,7± 0,5%	8,4± 2,2%	6,5± 2,1%	91,0± 7,0%	72,0± 8,0%	37,9± 0,6%	37,0± 0,1%
Среднее	46,9± 14,0%	83,4± 17,6%	14,9± 3,9%	9,8± 2,0%	3,7± 1,3%	1,8± 0,3%	6,74± 3,0%	5,1± 1,8%	89,0± 9,8%	73,8± 9,6%	38,3± 0,4%	37,0± 0,3%

Во всех подгруппах основной группы отмечено снижение ПННФ при поступлении в хирургический стационар, от 57,5±17,2 мкг/мл при гнойно-некротических инфекциях мягких тканей, до 29,5 ± 9,4 мкг/мл у пациентов с абдоминальным сепсисом. У всех пациентов основной группы имелся лейкоцитоз от 13,2 ± 4,9×10⁹/л – у пациентов с ХОЗАНК до 18,0±4,2×10⁹ г/л у больных с перитонитом. Отмечено повышение ЛИИ от 2,8 при ХОЗАНК до 4,2 при синдроме диабетической стопы. Показатели СРБ белка находятся в диапазоне от 4,7±2,0мг/мл при синдроме диабетической стопы до 9,5 ±3,5мг/мл при гнойно-некротических процессах мягких тканей. Показатели СРБ в ходе исследования отличались большим диапазоном, поэтому имели малую достоверность $p \geq 0,05$. ЧСС была относительно равновална у всех подгрупп. Динамика термометрии находилась в диапазоне 1,1 гр., от 37,8 гр. при ХОЗАНК до 38,9 гр. при гнойно-некротических инфекциях мягких тканей. Необходимо отметить, что ко второму исследованию ПННФ отмечено 2 летальных исхода среди пациентов с абдоминальным сепсисом, 2 летальных исхода с синдромом диабетической стопы. Во всех подгруппах отмечено уверенное повышение ПННФ до 66 ± 17,9 мкг/мл при сахарном диабете, до 105,1±20,6 мкг/мл при гнойных процессах мягких тканей. Отмечено снижение лейкоцитоза до нормальных цифр, кроме подгруппы 4. Сохраняется умеренное повышение ЛИИ до 2,5 при синдроме диабетической стопы. Во всех подгруппах отмечена нормализация показателей ЧСС и термометрии. Таким образом, уровень ПННФ, соответствует другим критериям, отражающим динамику эндотоксикоза, тяжесть полиорганной недостаточности.

По данным таблицы № 2, наибольшее снижение ПННФ по отношению к физиологическим отмечено среди подгруппы с абдоминальным сепсисом до 42±10,8 %, и у пациентов с синдромом диабетической стопы до 63,2±13,5%, что свидетельствует об угнетении иммунокомпетентной функции РЭС, значимым количеством эндотоксина, блокирующим плазменный фибронектин. Наименьшее снижение ПННФ имеется у пациентов с некротическими процессами при ХОЗАНК до 82,1±28,6% и при гнойно – некротических заболеваниях мягких тканей до 81,5±13,8%. При повторном анализе на 10- 14 сутки лечения отмечен прирост ПННФ по отношению к исходным показателям. Наибольший прирост отмечен у больных с острыми воспалительными заболеваниями брюшной полости. В случае благоприятных исходов основной группы, данный феномен свидетельствует об эффективности лечения, как косвенный фактор компенсации функции РЭС. Наименьшая динамика прироста у пациентов с гнойно – некротическими процессами 1,1, что при условии минимальной депрессии первоначальных значений ПННФ мо-

жет свидетельствовать об определённой компенсации иммунной реакции у данных больных. Динамики уровня ПННФ среди пациентов с хроническими ранами не отмечено, прирост в 1,01 раза

Таблица 2. - Динамика уровня нативного плазменного фибронектина в основной группе и группе сравнения

	Уровень ПННФ в мкг/мл. Начало исследования		Отношение к нижней границе физиологической нормы в %. Начало исследования	Уровень ПННФ в мкг/мл 10-14 сутки	Отношение к нижней границе физиологической нормы в% 10-14 сутки	Уровень прироста ПННФ
	1	29,5±9,4%	42±10,8 %	56,3±12,3%	80,4 ± 17,6 %	1,9
	2	49,3±20,8%	70,4±43,1 %	64,7±30,8%	92,4 ± 43,9%	1,3
	3	44,3±12,6%	63,2±13,5%	69,5±14,7%	90,9 ± 19,2 %	1,4
	4	57,5±17,2%	82,1±28,6%	71,2±25,6%	101,7± 36,3%	1,2
	5	54,0±9,8%	81,5±13,8%	63,8±12,3%	91,1 ± 17,3 %	1,1
	среднее	46,9±13,0%	67,8±21,0%	65,1± 19,14%	91,3±26,9%	1,4
Группа сравнен.	81,1±10,2%		115,9 ± 14,5%	82,6 ±9,5%	118,2± 13,9 %	1,01

Выводы

1. Хирургические заболевания с наличием СВР имеют выраженное снижение уровня ПННФ (по отношению к физиологическим нормам) со снижением от 81,5±13,8 % при ряде гнойно - воспалительных заболеваниях мягких тканей до 29,5±9,4% при абдоминальном сепсисе.

2. Снижение ПННФ ниже физиологической нормы соответствует показателям СВР и является одним из признаков эндотоксикоза.

3. При санации гнойного очага, улучшении общего состояния пациента, нормализации клинико - лабораторных показателей отмечен прирост ПННФ от 1,1 раза при гнойно - воспалительных заболеваниях мягких тканей до 1,9 раза при абдоминальном сепсисе. Хронический раневой процесс значимого изменения ПННФ в динамике лечения не имеет.

4. Метод может быть рекомендован для улучшения лабораторной диагностики сепсиса в практическом здравоохранении.

Список литературы

1. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение : практ. руководство / под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда. – 2-е изд., доп. и перераб. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2010. – 352 с.
2. Руднов, В. А. Сепсис – 3. Обновленные ключевые положения, потенциальные проблемы и дальнейшие практические шаги / В. А. Руднов, В. В. Кулабухов // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2016. – Т. 13, № 4. – С. 4-10.
3. Современные методы лабораторной диагностики сепсиса / В. Н. Чеботкевич [и др.] // Лабораторная диагностика. – 2003/ – Т. 15, № 4. – С. 295- 300.
4. Савельев, В. С. Перитонит и эндотоксическая агрессия / В. С. Савельев, В. А. Петухов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 326 с.
5. Левитан, Б. Н. Диагностическое и прогностическое значение плазменного фибронектина при хронических диффузных заболеваниях печени / Б. Н. Левитан, А. В. Астахин // Российский Гастроэнтерологический журнал. – 2012. – № 3. – С. 1-6.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ГЛАЗНЫХ КАПЕЛЬ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Халимова З.С., Рахимова З.И., Зиёзода М.Р., Косимов А.

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Основной проблемой при назначении этиотропной терапии у детей первого года жизни является то, что многие антибактериальные препараты противопоказаны для данной категории пациентов [1]. Также, многие бактерии выработали устойчивость в отношении часто применяемых в офтальмологической практике антибиотиков.

Фторхинолоны являются противомикробными препаратами широкого спектра действия, отличаются хорошей биодоступностью, высокой концентрацией, медленным выведением из организма, что обуславливает их высокую эффективность и снижение кратности закапывания. Моксифлоксацин разрешён к применению в педиатрической практике [2].

Цель исследования. Исследовать эффективность фторхинолона IV поколения глазных капель моксифлоксацина у детей первого года жизни при дакриоцистите новорожденных.

Материал и методы исследования. Нами были обследованы 50 детей в возрасте от 4 недель до 6 месяцев с дакриоциститом новорожденных. Пациенты были разделены на 2 группы по 25 детей в каждой. Первой группе были назначены часто применяемые в офтальмологической педиатрической практике - глазные капли левомецитина 0,25% по 2 капли 6 раз в день и эритромициновая мазь глазная 3 раза в день за нижнее веко в течение 7 дней. Второй группе были назначены глазные капли моксифлоксацина 0,5% по 2 капли 2 раза в день в течение 7 дней.

Дополнительно к данному лечению, всем пациентам был рекомендован массаж слёзного мешка 2 раза в день во время кормления. Пациенты находились под динамическим осмотром – на вторые сутки, пятые и десятые от начала лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. У пациентов первой группы на вторые сутки сохранялись клинические симптомы дакриоцистита новорожденных. У всех пациентов второй группы, гнойное отделяемое исчезло к концу 2-х суток. Родителями отмечено улучшение состояния глаз: спал отёк, уменьшилась краснота глаз (конъюнктивальная инъекция). На пятые сутки у пациентов 1 группы, у 18 детей (72%) сохранялась конъюнктивальная инъекция, гнойное отделяемое отмечено у 5 (20%). Во второй группе полное исчезновение симптомов наблюдалось на 5-е сутки. У всех пациентов отмечена хорошая переносимость препаратов. Родители 6 пациентов (24%) из второй группы прекратили инстилляцию глазных капель моксифлоксацина на 5 сутки в связи с отсутствием конъюнктивальной инъекции, гнойного отделяемого и слезостояния. При осмотре на 10 сутки, в первой группе у 12 детей (48%) отмечено сохранение слезостояния и умеренного гнойного отделяемого. Во второй группе у 4 детей (16%) отмечено слезостояние. Этим пациентам рекомендовано дальнейшее зондирование и промывание слёзных путей. При повторном осмотре обеих групп, спустя месяц, не отмечено симптоматики дакриоцистита новорожденных. Дополнительным плюсом применения глазных капель моксифлоксацина 0,5% является его пролонгированное действие, что позволяет не нарушать режим сна детей.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о более высокой эффективности глазных капель моксифлоксацина 0,5% в сравнении с антибактериальными препаратами, применяемыми в обычной офтальмологической практике, сокращении воспалительного периода, хорошей переносимости. Не отмечено каких-либо побочных эффектов при их применении. Всё вышесказанное позволяет рекомендовать глазные капли моксифлоксацина 0,5% как препарат базового выбора у детей первого года жизни.

Список литературы

1. Асташева, И.Б. Организация службы офтальмологической помощи недоношенным детям / И.Б. Асташева // Российская детская офтальмология. - 2013. – № 1. – С. 9.
2. Белоусов, Ю.Б. Антибиотерапия сегодня / Ю.Б. Белоусов // Вопросы врачебной практики. – 2019. – № 1. – С. 54-57.

ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ РАННЕМ ЛЕЧЕНИИ ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ

Халимова З.С., Олимова К.С., Хайдаров З.Б., Бобоева Т.А.С.

Кафедра офтальмологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Лечебно – оздоровительный центр «Зангула». Таджикистан

Актуальность. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) является одной из тяжёлых перинатальных патологий, по данным ВОЗ.

Главной причиной является нарушение мозгового кровотока вследствие анте- или интранатальной асфиксии [1]. По клиническим проявлениям различают лёгкую, среднюю и тяжёлую ГИЭ. При лёгкой степени отмечались: синдром раздражения или угнетения, расширенные зрачки, нарушение сна, судорожных приступов нет. При средней степени: синдром угнетения, возможны судорожные приступы, вялая реакция зрачков. При тяжёлой степени: кома, судорожные приступы. Как отмечено выше, во внимание принимается не только неврологическая, но и офтальмологическая симптоматика.

Неврологические и соматические осложнения зависят от тяжести ГИЭ, своевременности неврологического лечения и могут иметь серьёзные последствия, причём проявляться могут вплоть до подросткового возраста [2]. Вследствие этого необходимо наблюдение данных пациентов со стороны невропатолога, а также офтальмолога.

Цель исследования. Исследовать динамические изменения органа зрения при неврологическом лечении ГИЭ средней и тяжёлой степени.

Материал и методы исследования. Нами, в течение 2 лет, было обследовано 107 детей с диагнозом ГИЭ средней и тяжёлой степени, в возрасте от 2 до 4 месяцев, находящихся на лечении у невропатолога. Дети были разделены на 2 группы: в первой группе, пациенты с ГИЭ средней степени – 62 младенца, во второй с ГИЭ тяжёлой степени – 45. Всем детям было проведено определение остроты зрения, зрачковых рефлексов, прямая офтальмоскопия (осмотр глазного дна – оценка колорации и границ диска зрительного нерва (ДЗН), состояние сосудов и сетчатки). Острота зрения определялась с помощью красного мяча диаметром 5 см, зрачковые рефлексы и прямая офтальмоскопия с помощью портативного офтальмоскопа Неупе.

Офтальмологические осмотры повторялись с интервалом 6 месяцев, неврологические ежемесячно до стабилизации процесса, и далее как того требовала клиническая картина.

Результаты исследования и их обсуждение. При первичном осмотре, в первой группе, у 28 пациентов отмечено отсутствие реакции слежения (45,2%), у 23 детей реакция слежения слабая (37,1%), у 11 реакция слежения с 30 см (17,7%). Во второй группе, у всех детей реакция слежения отсутствовала – 45 пациентов (100%). Зрачковые рефлексы были замедленны в обеих группах, средний диаметр зрачка в первой группе составлял $2,6 \pm 0,3$ мм, во второй группе $4,1 \pm 0,2$ мм, афферентный зрачковый дефект составил во второй группе -2. В первой группе у 43 пациентов ДЗН был бледного цвета, границы определялись, артерии резко сужены, вены напряжены, у 19 пациентов ДЗН бледновато-розового цвета, бледный с височной стороны, границы чёткие, артерии сужены, вены без особенностей. У всех пациентов 2 группы – ДЗН белый, границы ступенчатые, артерии резко сужены, сетчатка пастозная.

В процессе динамического наблюдения дети получали патогенетическую терапию у невропатолога – препараты, улучшающие мозговое кровообращение, антигипоксанты, витамины группы В.

Спустя 6 месяцев, после неврологического лечения, в первой группе отмечено повышение остроты зрения в среднем на $0,04 \pm 0,01$, во второй группе на $0,015 \pm 0,01$. Зрачковые рефлексы восстановились в обеих группах. Бледность ДЗН отмечена у 6 пациентов второй группы (подозрение на развитие циркуляторной атрофии зрительного нерва).

К концу второго года наблюдения у всех детей первой группы не отмечено нарушения зрительных функций и патологических изменений со стороны глазного дна. Во второй группе острота зрения составила в среднем $0,25 \pm 0,05$ (при возрастной норме 0,4), у 6 детей отмечена циркуляторная атрофия зрительного нерва.

Выводы. Своевременно начатое патогенетическое лечение гипоксически-ишемической энцефалопатии приводит к быстрому восстановлению зрительных функций у детей, способствуя их лучшей социализации.

Список литературы

1. Пальчик, А.Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорождённых / А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 253 с.
2. Huang, B.Y. Hypoxic-ischemic brain injury: imaging findings from birth to adulthood / B.Y. Huang, M. Castillo // Radiographics. – 2008. - №28(2). – P.417-439.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА В ПРЕКЛОННОМ ВОЗРАСТЕ

Хасанов Б.Н., Курбонов С.Х., Аскарров А.Т., Назаров И.Р.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. Особой проблемой, стоящей перед ортопедами, являются переломы шейки бедра у пожилых людей, частота которых составляет 68% от всех переломов длинных трубчатых костей [3]. По данным ряда авторов, в связи с ростом удельного веса пожилых больных с остеопорозом, частота переломов проксимального отдела бедра в последние 60 лет утроилась [4]. В связи с чем во всем мире большое внимание следует уделять тем методам оперативного лечения, которые позволяют быстро и эффективно восстановить и вернуть больного к активной жизни. Несмотря на предложенные методы и виды оперативного лечения перелома шейки бедра у пожилых, большой удельный вес составляют несросшиеся переломы и аваскулярный некроз. И сегодня пожилых больных с медиальными переломами шейки бедренной кости нередко продолжают лечить консервативным, так называемым функциональным методом, смертность при котором через 6 месяцев после перелома, по данным отдельных авторов, доходит до 80% [2,1,5]. Проблема поиска наиболее эффективного лечения повреждений тазобедренного сустава занимала ортопедов давно и постепенно трансформировалась в идею замены тазобедренного сустава на искусственную пару трения.

Цель исследования. Дать клиническую оценку результатам эндопротезирования тазобедренного сустава у больных пожилого и старческого возраста с переломами шейки бедренной кости.

Материал и методы исследования. Одним из современных, безусловно, перспективных оперативных методов лечения больных преклонного возраста с переломами шейки бедренной кости является искусственное замещение тазобедренного сустава эндопротезом.

В настоящей работе приведены результаты комплексного стационарного обследования из лечения 19 больных пожилого и старческого возраста. Ложные суставы шейки бедренной кости выявлены у 7 (36,8%) и несрастающиеся переломы – у 12 (63,2%) пострадавших, которым произведена 21 операция по эндопротезированию тазобедренного сустава на базе ортопедического отделения ГУ НМЦ РТ “Шифобахш” в период за 2018-2019 годы. Основной контингент больных был в возрасте 60 - 89 лет, среди которых 13 (68,4%) составили лица женского и 6 (31,6 %) - мужского пола.

Все больные данной группы, учитывая их преклонный возраст, тщательно обследовались по общепринятым клинико-рентгенологическим, лабораторным тестам и рентген-денситометрическим данным. В 84,2% случаев при исследовании крови выявлено снижение гемоглобина, эритроцитов и содержания общего белка, в 15,8% случаев - высокое СОЭ. Сахарный диабет II типа выявлен в 10,5% случаев. В обязательном порядке всем больным проводили исследование органов грудной клетки. Хроническое поражение бронхо - легочной системы выявлено у 2-х (10,5%) пациентов. Рентгеновская денситометрия произведена в 57,9% случаев при котором, обычно исследовали область шейек бёдер, поясничных позвонков и дистального метафиза костей предплечья, где у всех исследуемых выявлен синильный остеопороз. При оценке рентгенограмм у 7 (36,9%) больных выявлена дегенерация I-II стадии. В 3 (15,8 %) случаях - III стадии. У 73,7% больных отмечен избыточный вес II-III степени.

После тщательного обследования и полной коррекции показателей, лабораторных и дополнительных методов исследования всем больным проведена операция по искусственному замещению тазобедренного сустава. До операции больные обучались ходить на костылях и ходунках. Перед операцией каждому больному разъяснились послеоперационное введение и курс реабилитации.

Результаты исследования и их обсуждение. Всем 19 больным выполнено первичное эндопротезирование тазобедренного сустава. В 5 (26,3%) случаях эндопротез фиксирован с помощью костного цемента, в 6 (31,6%) случаях - бесцементным методом, в 3 (15,8%) случаях использована гибридная фиксация имплантата и в 5 (26,3%) случаях больным в возрасте свыше 80 лет использовано биполярное эндопротезирование (ТБС). Операции проводились под спинальной анестезией в 18 случаях и в 1 случае из-за безуспешного проведения спинальной анестезии, операция проводилась подэндотрохеальным наркозом. Сразу после операции всем больным проведено

эластичное бинтование нижних конечностей от стоп до средней трети бедра для профилактики сосудистых нарушений и тромбозов на срок до трех недель.

На 2-3 сутки больные были активизированы в пределах постели. На 3-5 день больные обучались передвижению с помощью костылей и ходунков без опоры на оперированную ногу. Послеоперационная рана в 18 (94,7%) случаях зажила первичным натяжением и в 1 (5,3%) случае из-за поверхностного нагноения кожи после местного применения антибиотика зажила вторичным натяжением. В отделении все больные получили антибиотик цефалоспоринового ряда с целью профилактики тромбоза сосудов назначался клексан 40 мг., с целью профилактики образования оссификатов- нестероидные противовоспалительные препараты. Учитывая данные рентгеноденситометрии всем больным назначалась адекватная терапия с использованием препаратов витамина Д3 с кальцием (Кальций Д3 никомед) в сочетании с миакальциком. На 10-12 сутки после снятия швов больные выписаны на амбулаторное лечение под наблюдение ортопеда по месту жительства с рекомендациями.

Таким образом, изучение отдаленных результатов лечения от 3 месяцев до 1 года после проведенного эндопротезирования (ТБС) у 15 (78,9%) больных по системе Харриса расценено как хорошее (сгибание в тазобедренном суставе в полном объеме, отсутствие боли, ходьба без дополнительных средств), 4 (21,1%) больных как удовлетворительное (ограничение движений в суставе, ходьба с дополнительной опорой и проходящими болями).

Выводы. Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что эндопротезирование тазобедренного сустава в 78,9% случаях при медиальных переломах бедренной кости в пожилом и старческом возрасте позволяет в ранние сроки полностью восстановить опороспособность нижней конечности, быстро активизировать пациентов преклонного возраста, тем самым уменьшить процент инвалидизации и летальности.

Список литературы

1. Рациональное эндопротезирование тазобедренного сустава / Ал. А. Надеев [и др.]. - М.: Лаборатория знаний, 2004. - 239 с.
2. Загородный, Н.В. Эндопротезирование при повреждениях тазобедренного сустава: дисс... док. мед. наук / Н.В. Загородный. - Москва, 1998. - 245с.
3. Неверов, В.А. Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава / В.А. Неверов, С.М. Закари. - СПб.: Образование, 1997. - 112 с.
4. Дамбахер, М.А. Остеопороз и активные метаболиты витамина Д: мысли, которые приходят в голову / М.А. Дамбахер, Е. Шахт. – Basle: EULARPublishers, 1996. - 140 с.
5. Кузнецова, О.А. Лечение ложных суставов длинных костей нижних конечностей на фоне регионарного остеопороза: автореф. дис... канд. мед. наук / О.А. Кузнецова. - Москва, 2010. – 24 с.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРОМЕЖНОСТИ И ЯГОДИЦ У ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Хасанова Р.М., Давлатов Р.К., Шодиев Ш.А.

Городской медицинский центр № 1 г. Душанбе имени Карима Ахмедова. Таджикистан

Актуальность. Следует отметить, что течение и клинические проявления хирургической инфекции у больных с сахарным диабетом имеют свои особенности. Вместе с тем, эти особенности зависят не только от нарушений иммунной системы, гистоморфологических изменений и нарушений репаративного процесса, но и с рядом свойств микроорганизмов, вызывающих патологические процессы, которые у больных сахарным диабетом также имеют свои особенности [1-3]. Как отмечают Кукушкин Г.В. и Старостина Е.Г., инфекционные болезни не относятся к осложнениям сахарного диабета, однако их распространенность и клиническое значение столь велики, что основные клинические особенности их течения необходимо знать всем, кто занимается лечением этих больных. Эти особенности в первую очередь обусловлены тем, что острые и хронические инфекции способствуют декомпенсации углеводного обмена вплоть до развития диабетического кетоацидоза или гиперосмолярного гипергликемического состояния и повышают летальность больных. Инфекционные заболевания на фоне сахарного диабета нередко протекают молниеносно, требуя диагностической настороженности со стороны врачей любых специальностей [4].

Цель исследования. Изучить клинические особенности гнойно-воспалительных заболеваний промежности и ягодиц у женщин с сахарным диабетом.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 54 женщин с гнойно-воспалительными заболеваниями промежности и ягодиц на фоне сахарного диабета, поступивших в отделение хирургии Городского медицинского центра №1 г. Душанбе имени Карима Ахмедова за 2018 г. Возраст женщин колебался от 37 до 74 лет. Больных в зависимости от локализации гнойного очага распределили на 3 клинические группы: больные с гнойным бартолинитом (20 случаев – 37%), парапроктитом (10 случаев – 18,5%) и постинъекционным абсцессом (24 случая – 44,5%).

В группе женщин с гнойным бартолинитом возраст колебался от 37 до 68 лет. Период от начала заболевания до обращения в клинику составлял от 5 до 15 дней. Следует отметить, что у этих женщин заболевание началось с появления инфильтрации и болей в области больших половых губ с последующим увеличением отека и болей, появлением гектической температуры (до 38-39°C) тела с ознобом и ухудшением общего состояния.

Относительно тяжело протекало заболевание у женщин с парапроктитом на фоне сахарного диабета, возраст которых колебался от 50 до 68 лет. Они обратились в клинику в сроках от 6 до 14 суток после начала заболевания, которое также начиналось с появления инфильтрации мягких тканей и болей в промежности, постепенным усиле-

нием симптомов, резким повышением температуры тела (до 39-39,5°C) и значительным ухудшением общего состояния пациенток.

Промежуточное положение по тяжести течения занимали постинъекционные абсцессы на фоне сахарного диабета. У этих женщин возраст составил от 49 лет до 74 лет. Эти больные поступили в течение от 2 до 10 дней после начала заболевания. Заболевание сопровождалось появлением инфильтрации, покраснения кожи и болей в ягодичной области с последующим появлением флюктуации. Уже с первых дней начала заболевания у больных повышалась температура тела, которая достигала также 39° С и выше.

Всем больным в день обращения выполнили широкое вскрытие гнойника с радикальной некрэктомией тканей, перевели больных на инсулинотерапию, назначили антибиотики широкого спектра действия (ципрофлоксацин, метрогил), а по получению ответа посева из раны – согласно чувствительности флоры на антибиотики их меняли. Проводили инфузионную и дезинтоксикационную терапию, антиагреганты и антикоагулянты, по показаниям проводили плазматрансфузию, общеукрепляющую терапию, назначали обезболивающие препараты, местное использование инсулина и протеолитических ферментов.

Результаты исследования и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдали всех больных. Больным рекомендовали перевязки у хирургов по месту жительства и периодический контрольный осмотр нашими специалистами. Случаи, требующие повторных вскрытий гнойника, не отмечались. Расширение раны с целью дренирования дополнительного гнойного кармана понадобилось в двух случаях, которое выполняли в ходе очередной перевязки.

У больных с гнойным бартолинитом на 3-5 сутки после вскрытия и некрэктомии отмечалось улучшение состояния раны на фоне проводимой комплексной терапии. Продолжительность стационарного лечения у этих больных составляла от 5 до 15 суток, после чего женщин выписывали на амбулаторное лечение под наблюдением наших специалистов в амбулаторном порядке. Полное заживление ран наступало в течение от 30 до 40 дней.

В группе женщин с парапроктитом на фоне проводимого лечения на 3-7 сутки после госпитализации отмечалось значительное улучшение состояния раны, снизился уровень сахара крови, прошли явления интоксикации. Больных на 8-15 сутки выписывали из стационара и дальнейшее лечение проводилось в амбулаторных условиях под нашим наблюдением. Полное заживление ран у этих больных отмечалось на 35-50 сутки после вскрытия.

После вскрытия постинъекционного абсцесса у больных этой группы улучшение общего состояния и состояние ран отмечено уже через 3-6 суток. Продолжительность госпитализации составила от 7 до 18 дней, после чего перевязки выполнялись в амбулаторном порядке. Заживление ран продолжалось от 25 до 45 дней от момента вскрытия гнойника.

Отдаленные результаты лечения гнойно-воспалительных заболеваний промежности и ягодич у женщин с сахарным диабетом в сроках более 6 месяцев наблюдаются у 33 (61,1%) больных. В отдаленном послеоперационном периоде повторное гнойно-воспалительное заболевание отмечено лишь в 2 (6,1%) случаях.

Исследованиями целого ряда авторов установлено, что центральным механизмом повышенной склонности к инфекциям является гипергликемия. Ее генез (сахарный диабет 1-го или 2-го типа, стероидный сахарный диабет или парентеральное питание и т. д.) не играет большой роли. Это подтверждается тем, что к повышению частоты инфекций предрасполагает даже непродолжительная стрессовая гипергликемия у реанимационных или послеоперационных больных, не страдающих сахарным диабетом. Отрицательное влияние гипергликемии на вероятность развития инфекций не зависит также от возраста больного, длительности сахарного диабета и наличия его осложнений [1-5].

Выводы. Таким образом, особенности клинического течения гнойно-воспалительных заболеваний промежности и ягодич у женщин с сахарным диабетом заключаются в тяжелом общем состоянии больных с выраженной интоксикацией, требующей интенсивную инфузионно-трансфузионную терапию с обязательным переводом больных на парентеральную инсулинотерапию.

Список литературы

1. Londahl M. Hyperbaric oxygen therapy facilitates healing of chronic foot ulcers in patients with diabetes / M. Londahl, P. Katsman, A. Nilsson, C. Hamarlund // *Diabetic care*. – 2010. – №5. – P. 998-1003.
2. Будашев В.П. Микробный пейзаж раны у больных сахарным диабетом / В.П. Будашев, Е.Г. Григорьев, С.А. Лепехова, Г.Ф. Жигаев // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. – 2011. – № 4. – Часть 2. – С. 16-21.
3. Ёдгорова Н.Т. Общая характеристика больных сахарным диабетом с осложненными гнойно-воспалительными заболеваниями / Н.Т. Ёдгорова, С.С. Махмудов, Л.У. Тошпулатова // *Биология и интегративная медицина*. – 2016. – № 6. – С.134-149.
4. Кукушкин Г.В. Инфекции у больных сахарным диабетом (лекция) / Г.В. Кукушкин, Е.Г. Старостина // *Русский медицинский журнал* – 2016. – № 20. – С. 1327-1333.
5. Касимов У.К. Дифференцированный подход к лечению больных с гнойно-некротическими поражениями мягких тканей на фоне сахарного диабета / У.К. Касимов // *Ўзбекистон хирургияси*. – 2011. – №4. – С.22-30.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА

Хожаназаров Ф.Г., Рахмонов Х.Дж., Ризоев И.М.

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы “ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино”. Таджикистан

Актуальность. Количество рецидивов болевого корешкового синдрома после удаления грыж межпозвоноковых дисков на поясничном уровне не сокращается и достигает 5–20%. Анализ этой тяжелой категории больных показал, что около 1/3 рецидивов связаны с повторной секвестрацией элементов пульпозного ядра, а у оставшихся

2/3 больных корешковые боли возникали за счет формирования грубого рубцово-спаечного процесса в зоне проведенной операции. Это привело к появлению новой сложной междисциплинарной проблемы – так называемого «синдрома оперированного позвоночника» (failed back surgery syndrome), а среди причин его формирования рубцово-спаечный процесс или эпидуральный фиброз представляют одну из частых и вместе с тем нерешенных проблем. Именно развитие послеоперационного рубцово-спаечного эпидурита зачастую является одной из предпосылок формирования стенозирующего процесса и появления болевого синдрома, а также неврологической симптоматики у пациентов, перенесших оперативное вмешательство на позвоночнике. По данным различных авторов, послеоперационный компрессионный рубцовоспаечный эпидурит является частой причиной повторных оперативных вмешательств. Рубцово-спаечный процесс может вызывать нарушение локального кровообращения и является препятствием циркуляции ликвора. Все это приводит к замедлению процессов репарации в поврежденных тканях и способствует активации деструктивных процессов в спинном мозге и его корешках, резко снижая эффективность хирургического лечения.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с рецидивом грыжи межпозвонкового диска поясничного отдела позвоночника.

Материал и методы исследования. Провели анализ 51 пациента в возрасте от 29 до 71 года, оперированных в нейрохирургическом отделении ГУ НМЦ РТ на базе кафедры нейрохирургии и сочетанной травмы “ГОУ Таджикского Государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино” в период с 2012 по 2018 гг. Из них мужчин было 29, женщин - 22.

Результаты исследования и их обсуждение. При нашем анализе выявлено, что в 56,9% (29 пациентов) после удаления грыжи межпозвонкового диска на протяжении 3 месяцев после первичной операции была произведена повторная операция. В ближайшем послеоперационном периоде среди пациентов данной группы регресс болевого синдрома практически отсутствовал в 31,4% (16 пациентов). В 11,7% (6 пациент) после регресса корешкового болевого синдрома происходил его рецидив.

При ретроспективном анализе результатов хирургического лечения у 51 пациента грыжи межпозвонкового диска, произведенного в клинике в течение 2012-2018 годов, проводили с удаление жёлтой связки, так как отмечался стеноз межпозвонкового пространства. После выполнения уникальных операций нередко образуется рубцово-спаечный процесс и грубый рубцовый фиброз между эпидуральным пространством (твёрдая мозговая оболочка, корешки и сосуды) и паравертебральными мышцами.

При выписке отмечено, из 51 больных у 32 (62,7%) умеренное сохранение корешкового болевого синдрома, у 9 (17,6%) сохранились выпадения гипестезии в зоне иннервации соответствующего корешка, болевой синдром у 8 (15,7%). В нашем послеоперационном наблюдении всего у 2 пациентов (4,0%) из-за прогрессирующей неврологической симптоматики произведена реоперация.

Для профилактики рубцово-спаечного фиброза при удалении грыж межпозвонковых дисков в нашей клинике разработана и внедрена новая методика - “пластика междужкового пространства на ножке”. Сущность данного способа заключается в том, что после удаления грыжи межпозвонкового диска выкраивается лоскут на ножке из раны паравертебрально и фиксируется в пространстве удалённого диска, что в дальнейшем способствует уменьшению риска развития рубцово-спаечного фиброза.

Новый способ пластики междужкового пространства “пластика на ножке” снижает риск развития рубцово-спаечного фиброза в послеоперационных периодах. Исход после разработанного нами нового способа “пластика на ножке” был хорошим. После применения данного способа в послеоперационном периоде ни в одном случае послеоперационный рубцовый спаечный фиброз не отмечался.

Выводы. Таким образом, эффективность применения минимально-инвазивных декомпрессивно-стабилизирующих операций при рецидивах болевого синдрома на поясничном отделе позвоночника сопоставима с результатами традиционных (открытых) декомпрессивно-стабилизирующих вмешательств, но достигается это посредством нанесения меньшей хирургической травмы, нашедшей свое отражение в соответствующей положительной динамике субъективных и объективных показателей самочувствия пациентов. Применение новой методики пластики на ножке междужкового пространства при минимально-инвазивной методике хирургического лечения пациентов с рецидивами болевого синдрома после ранее выполненных оперативных вмешательств является простым, доступным и высокоэффективным, не требующим дополнительных затрат методом хирургического лечения и почти в 2-3 раза уменьшает неудовлетворительные и улучшает хорошие и удовлетворительные результаты хирургического лечения данной патологии.

Список литературы

1. Афаунов А.А., Басанкин И.В., Кузьменко А.В. и др. Анализ причин ревизионных операций при хирургическом лечении больных с поясничными стенозами дегенеративной этиологии // Хирургия позвоночника. 2014, № 1. С. 86–93. [Afaunov AA, Basankin IV, Kuzmenko AV, et al. Analysis of reasons for revision surgery in patients treated for degenerative lumbar spinal stenosis. Hir Pozvonoc. 2014; (1): 86–93. In Russian]. doi: <http://dx.doi.org/10.14531/ss2014.1.86-93>.
2. Колотов Е.Б., Аминов Р.Р., Колотова Е.В. и др. Применение вентральных декомпрессивно-стабилизирующих вмешательств у больных с корешковым компрессионным синдромом на поясничном уровне при сочетании спондилоартроза и грыжи диска // Нейрохирургия. № 4. С. 46–52. [Kolotov EB, Aminov RR, Kolotova EV, et al. The usage of ventral decompressive-stabilizing operations at patients with lumbar radicular compressive syndrome because of combination of spondylarthrosis and diskal hernia. Russian Journal of Neurosurgery. 2013; (4): 46–52. In Russian].

3. Байкалов А.А., Крутько А.В. Послеоперационные рецидивы болевых синдромов после поясничных дискэктомий. Причины и хирургическая практика // Поленовские чтения: Мат-лы IX Всерос. научно-практ. конф. СПб., 2010. С. 105–106. [Baikalov AA, Krutko AV. Postoperative recurrent pain syndromes following lumbar discectomy. Causes and surgical practice. Proceedings of IX All-Russian Scientific-Practical Conference «Polenov's Readings», St. Petersburg, 2010: 105–106. In Russian].
4. Dagenais S, Garbedian S, Wai EK: Systematic review of the prevalence of radiographic primary hip osteoarthritis. *clin orthop Relat Res* 2009;467(3):623-637.
5. Burns, S.A. Sign of the buttock in a patient status post total hip arthroplasty / S.A. burns, P.E. Mintken // *J. orthop. Sports.* – 2010. – Vol. 40, N 6. – P. 377.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Холбаев С.А., Мусоев Д.А., Мансуров Х.Н.

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. В последнее десятилетие широкое распространение получила лапароскопическая холецистэктомия. Неотъемлемым атрибутом ЛХЭ является наложение карбоксиперитонеума для создания рабочего пространства. Карбоксиперитонеум оказывает комплекс воздействий на организм больного. Большинство изменений гомеостаза, вызванных карбоксиперитонеумом, находятся в пределах компенсаторных возможностей организма. В последнее время расширились показания к операциям у лиц пожилого и старческого возраста с патологией сердечно-сосудистой и легочной систем, для которой дополнительная «агрессия» в виде карбоксиперитонеума становится клинически значимым.

В связи с этим возрастает интерес к безгазовой и малогазовой лапароскопии, при которой эндохирургическое пространство брюшной полости создается с помощью дополнительных приспособлений - эндолифтов, при этом брюшная стенка поднимается механически, без наложения карбоксиперитонеума.

В настоящее время в мире создано более десяти различных вариантов лапаролифтинга, однако, как было отмечено на 3 конгрессе Европейских ассоциаций эндохирургов (Люксембург. 1995г), ни один из них не устраивает хирургов в полной мере.

Цель исследования. Улучшить результаты лапароскопических холецистэктомий у больных с сердечно-сосудистой и легочной патологией.

Материал и методы исследования. В ЛДЦ ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе кафедры Оперативной хирургии и топографической анатомии в период 2012-2018 гг. выполнена 21 малогазовая ЛХЭ при остром холецистите с патологией сердца и легких с применением лапаролифтинга, который, по нашему мнению, имеет ряд преимуществ (подана заявка на получение рацпредложения в ТГМУ им. Абуали ибни Сино). У большинства больных с острым холециститом до операции отмечалось резкое снижение функциональных резервов сердечно-сосудистой и дыхательной систем. В основную группу риска входили пациенты старше 70 лет с перенесенными в анамнезе острым инфарктом миокарда, острым нарушением мозгового кровообращения, снижением фракции выброса левого желудочка менее 50%, артериальной гипертензией и снижением объема форсированного выдоха менее 900 мл. Все больные, оперированные под ЭТН: женщин - 17 и 4 мужчины. Все больные в послеоперационном периоде получали ненаркотические анальгетики.

Антибактериальная и инфузионная терапия проводилась по показаниям.

Результаты исследования и их обсуждение. Применение малогазовой лапаролифтинговой ЛХЭ позволило снизить интенсивность послеоперационного болевого синдрома по сравнению с традиционной методикой с использованием карбоксиперитонеума. Достаточного обезболивания удалось достичь применением ненаркотических анальгетиков у всех больных. Однако 4 (20%) пациента отмечали болевые ощущения в надплечье и шее, но незначительные. Послеоперационная тошнота наблюдалась у троих (15%) больных, что не требовало медикаментозной терапии. Рвота была отмечена всего у одной больной. Общая продолжительность малогазовой ЛХЭ почти не отличалась от лапароскопической холецистэктомии с карбоксиперитонеумом 10-12 мм вод. ст. осложнения со стороны послеоперационных ран не отмечены. Малогазовый лапаролифтинговой ЛХЭ не уступает традиционной газовой лапароскопии, но имеет ряд преимуществ. К ним относятся предотвращение давления на диафрагму, нижнюю полую вену, отсутствие сдавления органов брюшной полости. Образующийся при коагуляции дым самостоятельно эвакуируется через бесклапанные троакары, не затрудняя работу хирурга. Свободное сообщение воздуха между внешней средой и брюшной полостью, также позволяет быстрой аспирации жидкости и сгустков крови из брюшной полости.

Выводы.

1. МЛХЭ с применением лапаролифтинга отвечает требованиям эндоскопических операций.
2. Лапароскопия в изопневматическом режиме позволяет избежать отрицательного воздействия напряженного карбоксиперитонеума на функции жизненно важных органов, расширяет круг пациентов для проведения ЛХЭ.
3. Применение безгазового режима при эндохирургии «стирает границы» между лапароскопической и открытой хирургией с сохранением всех преимуществ малоинвазивного оперативного вмешательства.

Список литературы

1. Байдо С.В. Новая модель эндолифта для выполнения ЛХЭ / С.В. Байдо, В.П. Байдо // Эндокопическая хирургия - 2001. - С. 28-34

2. Бондарев А.А. Критерии оценки оперативных доступов в эндохирургии. / А.А. Бондарев, А.А. Мясников // Эндоскопическая хирургия. - 2013. – С. 45-47
3. ЛХЭ у больных с острым холециститом / А.Н. Токин [и др.] // Хирургия. – 2008. - №11 – С. 26-30
4. Мазитова М.И. Оптимизация эндохирургических операций в гинекологии с применением изопневматического режима / М.И. Мазитова // Эндоскопическая хирургия. – 2007. –№5. – С. 57-59.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ – ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Холматов П.К., Гульмурадов Т.Г., Ворисов А.А.

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Лечение и профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка остается одно из актуальных сложных и окончательно нерешенных проблем в гепатохирургии. У каждого 3-го пациента в течении первого года жизни происходит самое грозное осложнение портальной гипертензии как пищеводно-желудочное кровотечение вследствие разрыва ВРВ, что является одной из наиболее частых причин смерти больных с циррозом печени [1, 2].

Среди многочисленных предложенных методов профилактики кровотечений из ВРВ, пищевода, наибольшее распространение получили медикаментозная коррекция портальной гипертензии (препараты группы нитратов, β -блокаторов, соматостатина), операции гастроэзофагеального разобщения, эндоскопический гемостаз, эндоваскулярные вмешательства, включая TIPS портосистемные анастомозы [3, 4].

Цель исследования. Анализ результатов лечения больных циррозом печени (ЦП) осложненным портальной гипертензией и кровотечением из ВРВ пищевода и желудка.

Материал и методы исследования. Пролечено 22 пациента циррозом печени (ЦП), осложненным кровотечением из ВРВ пищевода и желудка. Мужчин было 16 женщин 6. Средний возраст был 51,5 + 17,5лет. В анамнезе у 14 пациентов был вирусный гепатит, алкогольный гепатит – у 2, криптогенный – у 6. В группу «В» по Child-Pugh включены 16, в группу «С» 6 больных. Для диагностики кровотечения из ВРВ пищевода и кардиального отдела желудка всем больным выполнена экстренная ФЭГДС. ВРВ II степени по А.Г. Шерцингеру выявлено у 4 пациентов, III степени у 18 пациентов. После ФЭГДС устанавливали зонд-обтуратор Блекмора на 4-72 часа. Проводилась инфузионно-трансфузионная, антибактериальная терапия, коррекция коагулопатии, вводились ингибиторы протеаз и препараты, снижающие портальную гипертензию. После стабилизации состояния больным выполняли УЗИ органов брюшной полости, ультразвуковое дуплексное картирование сосудов печени и селезенки, лапароскопию, биопсию печени.

Результаты исследования и их обсуждение. При УЗИ и УЗДГ органов брюшной полости выявлены расширение воротной вены до 14-18 мм, спленомегалия, жидкость в брюшной полости, объемный кровоток по воротной вене в среднем составил $287 \pm 21,8$ мл/мин. Морфологические исследования подтверждали наличие цирроза печени с умеренной или высокой степенью активности. После установки зонда-обтуратора Блекмора и проведения консервативной терапии у 16 пациентов (72,73%) достигнут временный гемостаз. По поводу продолжающегося кровотечения из ВРВ кардиального отдела желудка прооперировано 5 больных (22,72%) в течение первых 4 часов от момента поступления в клинику. Кровотокающие сосуды прошиты трансгастрально по методу М.Д. Папиоры. Для профилактики повторного кровотечения эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода III степени произведено 4 пациентам с хорошим результатом. Лапароскопия и ликвидация напряженного асцита выполнены 3 больным. Умерло 5 (22,73%) пациентов: 1 больной группы «С» (4,55%) в течении 40 минут от поступления – от профузного кровотечения из ВРВ пищевода; 1 больной группы «В» - от мезентериального тромбоза, некроза кишечника, перитонита; 3 больных группы «С» от прогрессирования печеночной недостаточности и анемии. Продолжительность стационарного лечения составила от 1 до 32 дней.

Заключение. Применение зонда-обтуратора Блекмора достигается временный гемостаз у большинства больных с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка. При продолжающемся кровотечении в первые часы показано экстренное прошивание ВРВ с целью выполнения окончательного гемостаза, профилактики, профилактики печеночной недостаточности и снижения риска летального исхода. Эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода является эффективным способом лечения для профилактики пищеводных кровотечений при циррозе печени.

Список литературы

1. Куликов, В.Е. Особенности гепатопортальной гемодинамики у больных с хроническими вирусными гепатитами различной степени активности / В.Е. Куликов // Вестник Санкт-Петербургской Государственной медицинской академии им. Н.И.Мечникова – 2007. - №1. - С.167-171.
2. Назаров, Ф.Г. Сравнительные результаты дистального спленоренального анастомоза у больных циррозом печени в различных возрастных группах / Ф.Г.Назаров // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: Мат. XX Юбилейного конгресса. - Донецк, 2013. – С.40.
3. Рачковский, М.М. Новая модель прогноза летальности при циррозе печени вирусной и алкогольной этиологии / М.М. Рачковский // Уральский медицинский журнал. – 2009. - №1. – С.19-24.
4. Левитан, Б.Н. Особенности патологии системы гемостаза и фибринолиза при алкогольных и вирусных циррозах печени / Б.Н. Левитан, В.В. Иванников, А.Р. Умерова // Матер. 3 Междисциплинарного российского конгресса «Человек и алкоголь (алкогольные болезни)». – СПб, 2009. – С.56.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕАЗ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Холматов П.К., Рустамов Х.К.

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Основу патогенеза острого деструктивного панкреатита составляет активация ферментов поджелудочной железы (ПЖ), запуск каскадов системной воспалительной реакции (СВР) с последующим развитием полиорганного повреждения и недостаточности (ПОН). Ферменты и медиаторы, образующиеся вследствие некроза ПЖ, забрюшинной клетчатки (ЗК) и развития панкреатогенного перитонита, быстро поступают в системный кровоток, составляя сущность панкреатогенной токсинемии [1, 3].

Ведущим и специфическим мероприятием профилактики и лечения системной гиперферментемии в ранние сроки заболевания считается как подавление внешнесекреторной деятельности ПЖ (препараты соматостатина, цитостатики), так и применение ингибиторов протеаз [2, 3].

Цель исследования. Сравнение результатов лечения больных острым панкреатитом (ОП) с использованием фармакологических препаратов октреотида и фторурацила.

Материал и методы исследования. Проведена оценка результатов лечения 62 больных с ОП. Диагноз ОП был установлен на основании результатов клинико-лабораторных исследований, УЗИ, в ряде случаев компьютерной томографии, гастродуоденоскопии, лапароскопии и интраоперационных данных. Группу наблюдения составили 25 больных (19 мужчин и 6 женщин), в комплекс консервативного лечения которых был включен препарат октреотид (ЗАО «Фарм-Синтез», Россия) в дозе 300-600 мкг/сут подкожно. Длительность лечения октреотидом составила $6,2 \pm 0,5$ суток. В группу сравнения вошли 37 больных ОП, аналогичных группе наблюдения по полу, возрасту, тяжести состояния и распространенности патологического процесса. Они не получали октреотид, но им назначали цитостатик фторурацил (750 мг/сут.). У всех больных при поступлении в стационар было расценено как тяжелое и средней тяжести. Тяжесть заболевания коррелировала с характером и степенью деструкции поджелудочной железы.

Результаты исследования и их обсуждение. В группе больных с применением октреотида наблюдалась стабильная положительная динамика в лабораторных показателях уже в течение первых суток от начала терапии. Активность амилазы в крови снижалась со 150-200 г/час-литр до 30-40 г/час-литр на первые – вторые сутки, а диастаза мочи снизилась с 400-500 г/час-литр до 160 г/час-литр уже к концу первых суток. К концу вторых суток количество лейкоцитов в крови достигало $10-12 \times 10^9$ /л, а к концу четвертых суток – нормальных значений. Острофазовый белок (СРБ) при условии адекватного дренирования гнойного очага за сутки снижался до нормы. Уровень средних молекул снижался с 1,2 до 0,5 к концу третьих суток от начала терапии. Улучшение лабораторных анализов сопровождалось уменьшением клинических проявлений ОП. В группе сравнения снижение аналогичных лабораторных показателей достоверно отличалось от группы наблюдения. Так СРБ снижался до нормы к концу четвертых суток от начала лечения, средние молекулы приближались к 0,5 только к концу шестых суток, снижение амилазы и диастазы до нормальных значений в группе сравнения наступало к концу пятых и третьих суток соответственно.

Летальность в группе наблюдения составила 4% (1 больной), в группе сравнения – 13,5% (5 больных).

Выводы. Использование октреотида в комплексе консервативной терапии ОП позволяет улучшить результаты лечения этого заболевания за счет укорочения сроков купирования клинических проявлений и нормализации основных лабораторных показателей. При деструктивных формах ОП использование октреотида позволяет более эффективно купировать синдром полиорганной недостаточности.

Список литературы

1. Лаптев, В.В. Блокаторы панкреатического биосинтеза в лечении токсической фазы деструктивного панкреатита (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дисс... док. мед. наук / В.В. Лаптев. - Москва, 1998. – 45с.
2. Савельев, В.С. Хирургическое лечение распространенного панкреонекроза / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич // Анналы хирургии. – 1998. - №1. – С.34-39.
3. Berberat, P.O. The role of octreotide in the prevention of complications following pancreatic resection / P.O. Berberat, H. Friess, M.W. Buchler // Digestion. – 2013. - N60 (suppl.2). – P.15-22.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Холматов П.К., Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Жабинов Ф.И.

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Пищеводно-желудочное кровотечение (ПЖК) – грозное осложнение портальной гипертензии, развивающееся у 80% больных и являющееся главной причиной смерти при циррозе печени [4].

Следует подчеркнуть, что у 40% больных происходит рецидив кровотечения в течение 6 недель, причём 40-60% случаев заканчивается летальным исходом [6]. Наиболее высокая летальность больных с ПЖК приходится на первые часы и дни. Летальность при первом ПЖК составляет 20-50% [1,4], а при рецидиве кровотечения до 70% [2,3]. Общая летальность при ЦП осложненном кровотечении колеблется от 39,3 до 100% [5].

На сегодняшний день предложены более 200 способов оперативных вмешательств, что объясняется чрезвычайной сложностью проблемы, многообразием клинических проявлений заболевания и отсутствием абсолютно надёжных методов хирургического лечения [1]. Общепризнанно, что одним из наиболее эффективных средств

предупреждения ПЖК у больных с ПГ является наличие селективных и парциальных портосистемных анастомозов. К сожалению, некоторые шунтирующие операции не всегда возможны или даже противопоказаны у больных в период острого ПЖК, у пациентов с резко угнетённой функцией печени с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями и в преклонном возрасте [6]. Также доминирование селективных и парциальных шунтов невозможно в связи с выраженной кавернозной трансформацией, риском тромбоза, отсутствием пригодных сосудов для анастомоза [3].

По-прежнему, сохраняют актуальность операции, направленные на предупреждение связи между венами пищевода и желудка с венами портальной системы: операция Танера-Пациора, Sugiural [4]. Частота развития рецидивов ПЖК после обоих видов операций почти одинаково – 19,8 и 19,2%, соответственно [6].

Внедрение современных технологий в хирургическую гепатологию позволило все шире применять эндоскопические методы профилактики и лечения ПЖК у больных циррозом печени [3].

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов комплексного лечения пищеводно-желудочных кровотечений при циррозе печени.

Материал и методы исследования. В клинике хирургических болезней №1 ТГМУ за последние 10 лет на лечении находились 120 больных с ПЖК. Мужчин было 79(65,8%), женщин – 41 (34,2%). Возраст больных варьировал от 24 до 72 лет. Функциональное состояние печени у больных с ПЖК по Чайлду-Пью выглядело следующим образом: пациенты с функциональным классом С-42 (35,0%) случаев, В– 67(55,8%) и функциональный класс А-11(9,2%).

С тяжёлой и крайне тяжёлой степенью ПЖК поступили 46(38,3%) больных. Из 120 больных с ПЖК в 35 наблюдениях (29,2%) имело место продолжающееся кровотечение, а у 85 (70,8%) – состоявшееся ПЖК. В 38(31,7%) наблюдениях ПЖК у больных отмечено впервые, у 82 (68,3%) больных в анамнезе имелись кровотечения. Источником продолжающегося ПЖК в 28 наблюдениях (60,9%) были ВРВ нижней трети пищевода, у 8 (17,4%) - ВРВ средней трети пищевода, у 10 (21,7%)- ВРВ кардиального перехода и кардиального отдела желудка.

Для диагностики ПЖК и цирроза печени больным проводили ургентную эзофагогастродуоденоскопию, УЗИ, а также клинические и биохимические анализы крови.

Результаты исследования и их обсуждение. При поступлении больных с ПЖК после оценки степени тяжести острой кровопотери и тяжести состояния больных прибегали к выполнению ургентной эндоскопии. Ургентную ЭГДС проводили 87 (72,5%) больным с ПЖК при стабильных гемодинамических показателях.

Оценка степени выраженности ВРВП по А.Г. Шерцингеру показало, что в 18 (15,0%) наблюдениях имело место ВРВП I степени, в 29 (24,2%) -II степени и в 73 (60,8%) случаях - ВРВ III степени.

В 19 (15,8%) наблюдениях больным с продолжающимся ПЖК, частой рвотой кровью и нестабильной гемодинамикой ЭГДС проводили в отсроченном порядке. При этом в первую очередь больным устанавливался зонд Сентстакина-Блекмора с проведением интенсивных лечебных мероприятий.

При ПЖК придерживались дифференцированной хирургической тактики, которая зависела от тяжести общего состояния больных, функционального состояния печени, сопутствующих заболеваний, а также локализации кровоточащих вен пищевода. В зависимости от метода лечения больные с ПЖК были распределены следующим образом (табл. 2).

Таблица 2. - Распределение больных с ПЖК в зависимости от метода лечения

Методы лечения	Функциональный класс			Всего	%
	А	В	С		
Консервативный	5	36	20	61	50,8
Эндоскопический	4	27	14	45	37,5
Хирургический	2	4	8	14	11,7
Всего	11	67	42	120	100

Показанием к консервативной терапии были:

ВРВ пищевода и желудка I степени, васкулопатия и гастропатия как источник кровотечения, наличие тяжёлой сопутствующей патологии и печеночно-клеточной недостаточности в стадии декомпенсации. Из поступивших 61 (50,8%) пациента с ВРВ пищевода и желудка I степени группу А по Чайлду-Пью составили 5 (8,2%) больных, группу В составили 36(59,0%) больных. Группу С составили 20 (32,8%) больных, у которых наблюдались явления печеночно-клеточной недостаточности и гастропатия.

У 45 больных (37,5%) применялись эндоскопические методы лечения ПЖК. Выбор эндоскопической склеротерапии определялся степенью выраженности ВРВ пищевода. У 30 больных из 45 эндоскопические методы лечения после достигнутого временного гемостаза выполнялись в срочном порядке (24 часа). В 5 случаях придерживались принципов склерокомпрессии перед проведением эндоскопической склеротерапии освобождали зонд обтуратор от воздуха, далее проводили зонд в дистальном направлении до попадания обоих обтураторов в просвет желудка. Затем раздували пищеводную манжету, которая при подтягивании прижимает «кардиальную розетку», чем обеспечивает уменьшение наполнения кровью вен пищевода. Непосредственно после проведения эндоскопической склеротерапии переводили зонд в стандартное положение, чем достигали эффект скорейшей склерокомпрессии на «пустой вене» по принципу Фетана, разработанному для лечения ВРВ нижних конечностей.

В отсроченном порядке (на 2-е сутки) эндоскопическое склерозирование выполнялось у 15 (12,5%) больных. Различные варианты хирургических вмешательств при ПЖК в качестве основного метода лечения выполнены у 14 (11,7%) больных. Показанием к оперативному лечению являлось продолжающееся ПЖК при наличии ВРВ III степени с локализацией, преимущественно, в желудке при условии, что функциональное состояние печени было в стадии компенсации или субкомпенсации (больные группы А и В), сопутствующие заболевания – в стадии компенсации, а также неэффективность консервативной терапии и эндоскопического лечения. Из 14 больных с ПЖК у

9 больных методом выбора остановки кровотечения явилась операция М.Д. Пациора, выполненная в срочном порядке в течение первых 24 часов. Следует подчеркнуть, что у всех этих больных вены III степени расширения локализовались не только в пищеводе, но и в желудке, что не позволяло использовать эндоскопический гемостаз. В отсроченном порядке выполнено 3 операции после остановки ПЖК консервативными мероприятиями. Лишь в 2 наблюдениях прибегали к неотложному хирургическому лечению ПЖК при продолжающемся кровотечении.

Изучение непосредственных результатов различных методов лечения ПЖК в зависимости от степени тяжести кровопотери, функционального состояния печени, возраста и сопутствующей патологии, характера ПЖК и времени от начала кровотечения представлены в таблице 3.

Таблица 3. - Результаты лечения больных с ПЖК

Методы лечения	Функциональный класс			Всего	Умерло
	А	В	С		
Консервативный	5 (1)	36 (8)	20 (7)	61	16
Эндоскопический	4 (1)	27 (5)	14 (6)	45	12
Хирургический	2	4 (1)	8 (4)	14	5
Всего	11 (2)	67 (14)	42 (17)	120	33

Заключение. Непосредственные результаты эндоскопических и консервативных методов лечения острых ПЖК у больных с циррозом печени в значительной степени оказались лучше по сравнению с хирургическим методами лечения, выполненными на высоте кровотечения.

Список литературы

1. Результаты селективного и парциального порто-кавального шунтирования и прогностические факторы долгосрочной выживаемости больных циррозом печени / Б.Н. Котив [и др.] // Анн. хир. гепатол.-2015.-№2.- . 46-58.
2. Даян, З.А. Эндовидеохирургические методы лечения синдрома портальной гипертензии /З.А. Даян, А.В. Хохлов // Вестник хирургии. – 2007. -Т 166, №1. –С.67-71
3. Роль эндоскопии в выборе лечения больных портальной гипертензией / А.Г. Шерцингер [и др.] // Анн. хир. гепатол. - 2015. - № 2. - С. 20-30.
4. Назыров, Ф.Г. Результаты и перспективы портосистемного шунтирования у больных циррозом печени / Ф.Г.Назыров, А.В. Девятов, А.Х.Бабаджанов // Анн.хир. гепатол. - 2015. - №2. - С.31-39.
5. Pokrovskii, V.M. Cardio-respiratory synchronism in the evaluation of the regulatory-adaptive status of the organism / V.M. Pokrovskii, L.V. Polischuk// J. Integrative Neuroscience. - 2016. - Vol.15, №1. -P.19-35.
6. Gluud, L.L. Meta-analysis: isosorbide-monomonitrate alone or with either beta-blockers or endoscopic therapy for the management of oesophageal varices / L.L. Gluud, E. Langholz, A. Krag // Aliment. Pharmacol. Ther. - 2010. - Vol.32. - P. 859–871.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Холов К.Р., Камиллов Г.Т., Назаров Х.Ш. Икромов Б.А

ГУ Городской центр скорой медицинской помощи г. Душанбе

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. Достижения современной медицины до сих пор не могут решить проблему снижения частоты развития осложненного течения гастродуоденальных язв [1, 4].

Одним из тяжёлых и опасных осложнений данной патологии является перфорация. Данное осложнение занимает 4 место среди экстренных хирургических патологий после острого аппендицита, ущемленных грыж и острой кишечной непроходимости. Частота встречаемости составляет 5-18% случаев, а летальность, связанная с поздней установкой диагноза и проведением необходимого оперативного пособия, достигает 8% [1, 3].

Несмотря на успехи фармакотерапии в лечении язвенной болезни и ее осложнений, в настоящее время, единственным методом лечения прободных язв является операция. И, несмотря на то, что в современной литературе до сих пор обсуждаются достоинства и недостатки различных видов оперативных вмешательств при прободных язвах, в большинстве случаев, при отсутствии необходимости в выполнении более сложных хирургических вмешательств, объем операции ограничивается ушиванием перфоративного отверстия (ПО), санацией и дренированием брюшной полости [2-4].

Учитывая развитие современных технологий, а также высокую травматичность традиционных методов операций, большинство авторов придерживаются мнения о применении миниинвазивных технологий в лечении данного контингента больных [2, 5].

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения больных с прободными гастродуоденальными язвами.

Материал и методы исследования. В представленной работе проанализированы результаты диагностики и лечения 80 больных с перфоративными гастродуоденальными язвами, находившихся на стационарном лечении в ГУ Городской центр скорой медицинской помощи (ГУ ГЦ СМП) города Душанбе в период с 2015 по 2019 годы.

Возраст больных варьировал от 18 до 63 лет. Женщин было – 14 (17,5%), мужчин - 66 (82,5%). Установлено превалирование встречаемости заболевания у лиц трудоспособного возраста (таблица 1), что показывает социально-экономическую значимость проблемы.

Частота встречаемости перфораций гастродуоденальных язв в зависимости от пола и возраста

Пол пациентов	Возраст и количество пациентов (%)		
	От 18 до 30 лет	От 31 до 50 лет	Свыше 50 лет
Мужчин	30	34	2
Женщин	5	7	2
ИТОГО:	35	41	4

Всем пролеченным больным оперативное пособие было выполнено видеолaparоскопическим способом.

Сроки поступления больных с момента перфорации составили от 1,5 до 32 часов. В 73 (91,3%) случаях ПО локализовалось на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, в 6(7,5%) случаях на передней стенке пилорической части желудка и в 1(1,2%) случае в проекции дна желудка. Размер ПО варьировал от 0,8 до 11 мм.

Серозный перитонит отмечен в 37(46,3%) случаях, в остальных 43(53,7%) случаях наблюдался перитонит серозно-фибринозного характера.

Для диагностики перфоративной язвы использовались общелабораторные и биохимические исследования крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография брюшной полости и фиброгастродуоденоскопия. Следует отметить, что причиной поголового использования фиброгастродуоденоскопии являлось не только установление локализации язвы и её характера, но и исключение наличия второй — так называемой «зеркальной» язвы на противоположной стенке двенадцатиперстной кишки. Также одной из задач фиброгастродуоденоскопии являлось определение состояния проходимости пилорического жома желудка.

Результаты исследования и их обсуждение. При проведении лапароскопических вмешательств пациенты находились в положении лёжа на спине с приподнятым на 20° головным концом стола. После наложения пневмоперитонеума первым этапом выполнялась обзорная видеолaparоскопия для уточнения характера патологического процесса в брюшной полости (уточнение локализации и размера ПО, состояние тканей вокруг ПО, степень распространенности перитонита и характер экссудата), а также исключение наличия другой патологии.

Для проведения основного этапа операции устанавливались 2 рабочих 5-миллиметровых троакара в подреберьях по среднеключичными линиям.

После эвакуации экссудата из брюшной полости выполнялось ушивание ПО. Метод ушивания зависел от размера ПО и состояния периульцерогенного инфильтрата. При размере ПО до 0,8см и диаметре инфильтрата вокруг ПО менее 10мм (n=67) отверстие ушивалось Z-образным швом с интракорпоральным формированием узлов. Вкол иглы производился на расстоянии не менее 5мм от края ПО. В качестве шовного материала использовались рассасывающиеся нити «Polysorb» (фирмы Auto Suture) или «Vicril» (фирмы Ethicon) диаметром 2/0 и 3/0 на атравматичной игле 20-25 мм. При наличии ПО свыше 0,8см диаметра периульцерогенного инфильтрата более 10мм (n=9) перфорацию ушивали с использованием пряжи большого сальника на ножке, по Опеллю-Поликарпову.

Герметичность шва проверялась путём заполнения изотоническим раствором натрия хлорида подпеченочного пространства и введения воздуха шприцом Жанэ через назогастральный зонд. Отсутствие поступления воздуха через швы говорило о его герметичности.

После тщательной санации брюшной полости растворами антисептиков выполнялось дренирование брюшной полости полипропиленовыми трубками, количество которых зависело от распространённости перитонита. В наших наблюдениях количество дренажей варьировало от 1 до 3-х.

В 2 (2,5%) случаях лапароскопическая технология была переведена на традиционную. Причиной конверсии явились большой размер (более 10мм) ПО (n=1) и сложности в наложении шва на инфильтрированные края ПО (n=1).

Всем больным в послеоперационном периоде проводилась современная противоязвенная и симптоматическая терапия. Послеоперационные осложнения возникли у 3(3,8%) больных: у одного - нагноение послеоперационной троакарной раны, у одного - частичная несостоятельность шва, при которой выполнение лапаротомии не потребовалось, удалось разрешить консервативным путем.

Летальный исход наблюдался в 1(1,2%) случае у больной с продолжающимся вялотекущим послеоперационным перитонитом. Данной пациентке была проведена лапаротомия, вскрытие межкишечного абсцесса, санация и дренирование брюшной полости. Больная умерла на 7 –е сутки от полиорганной недостаточности.

Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре составила 4±1,5 дня.

Вывод. Таким образом, современные миниинвазивные технологии могут являться методом выбора в лечении перфораций гастродуоденальных язв. Данные технологии способствуют снижению частоты послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений и улучшают результаты хирургического лечения данной патологии.

Список литературы

1. Антонов О.Н. Эволюция хирургического лечения перфоративных пилородуоденальных язв / О.Н. Антонов, А.В. Рыбальченко// *Анналы хирургии.*- 2013.-№ 2.-С.22-28
2. Лапароскопическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв /П.В. Кудрявцев и др.// *Эндоскопическая хирургия.*- 2013.-№1.-С.3-11
3. Лапароскопическое лечение перфоративных язв /И.В. Сажин и др.// *Хирургия.*- 2014.-№7.-С.12-16
4. Predictive model for length of hospital stay of patients surviving surgery for perforated peptic ulcer /Li C.H. et al.// *Formos Med Assoc.*-2009.-№108 (8).-P.644—652.
5. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open repair of the perforated peptic ulcer: the LAMA trial. M.J. Bertleff et al. // *World J Surg.*-2009.-№33 (7).-P.1368—1373.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СИНОВИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Холхужаев Ф.И., Гафуров Ф.А., Эранов Ш.Н., Жураев И.Г.
Кафедра травматологии и ортопедии СамМИ. Узбекистан

Актуальность. Синдром хронического синовита (СХС) коленного сустава – частая патология, этиология и патогенез которой до конца не изучены. До сих пор не разработаны критерии дифференциальной диагностики и показания к хирургическому лечению. СХС КС отличается значительной вариабельностью вызывающих его причин и сложностью дифференциальной диагностики [1, 2]. Сходство симптоматики на ранних стадиях патологического процесса, отсутствие четких диагностических критериев диктуют необходимость проведения дифференциальной диагностики данного заболевания и определения показаний к лечению [3].

При длительном течении СХС нарушается состояние костно-хрящевых структур образующих коленный сустав. А также больные необоснованно подвергаются многократным локальным введениям гормональных средств [3] в результате которых возможно развитие артропатии и гнойно-септических осложнений. Наиболее полное представление о характере изменений в пораженном суставе может быть получено при комплексном применении диагностических методов.

Среди методов хирургического лечения пораженных суставов наиболее эффективна артроскопия, синовэктомия, артропластика при дегенерации хряща.

Цель исследования. Изучить и описать результаты артроскопической диагностики и лечения хронического синовита коленного сустава, синовэктомии его.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в отделении травматологии 2-й клиники Ташкентской медицинской академии (2014-2019 гг.) и в отделении крупных суставов Самаркандской областной больницы ортопедии и последствий травм, на базе СамМИ (2016-2019 гг.) у 219 больных. Среди обследованных было 110 (50.2 %) мужчин, 109 (49.8 %) женщин. Возраст больных составлял от 20 до 71 и старше. Самая большая частота наблюдалась у людей с 21 по 30 лет (около 21%), у больных с 41-50 летних (около 19%).

По этиологическим факторам у 29,7% больных было выявлено- урогенная, у 34,9% - ревматоартритная, у 10,8% – повреждения, дегенерация мениска, у 8,2% деформирующий артроз (ДОА), у 7,2% туберкулезная, у 6,2% бруцеллезная, у 3,1% ПВУС (пигментно-ворсинчатый узловый синовит).

По показателю пораженных суставов у 71,8% наблюдался моноартрит, у 6,7% олигоартрит, у 9,7 полиартрит, у 11,8% артралгия.

Обследование проводилось на основании тщательного сбора анамнеза; определение интенсивности боли в коленном суставе по визуально-аналоговой шкале боли; клинические исследования; мануальное тестирование мышц по Ловегу; гониометрию; измерение окружности сустава и кожной температуры вокруг него; рентгенографию, МРТ; пункцию сустава; биохимию синовиальной жидкости. Основными клиническими признаками хронического воспаления синовиальной оболочки были боль, артралгия и припухлость пораженного сустава. У пациентов с СХС преобладали урогенная этиология и ревматоидный артрит. Давность СХС у больных с урогенной патологией составляла от 8 до 11 месяцев; ревматоидным артритом – от 4 до 10 месяцев; туберкулезом и бруцеллезом – от 7 до 13 месяцев; деформирующий остеоартрозом (ДОА) и менископатией – от 3 до 5 месяцев; пигментно-ворсинчатым узелковым синовитом (ПВУС) коленного сустава – от 6 до 12 месяцев.

С помощью артроскопического исследования выявляются анатомические изменения синовиальной оболочки при СХС КС.

Артроскопическое исследование проводили видеоартроскопом "Dyonics" (США) 84 больным СХС КС (88 коленных суставов). Женщин было 37, мужчин — 47. Средний возраст - 42 года. Анестезию проводили местную или перидуральную. При выполнении артроскопии КС мы придерживались стандартного метода визуализации, чаще использовали антеролатеральный доступ. При этом КС был согнут под углом, в среднем, 45°. Ориентиром этого доступа была точка Геберда на 1 см выше нижнего края надколенника и 0,5 см латерально собственной связки, где производился прокол кожи острым троакаром. Затем поступательными движениями прокалывали капсулу сустава до ощущения "провала" троакара. После чего острый троакар заменяли тупым обтуратором, обтуратор - телескопом и видеокамерой с волоконным световодом. Плавными движениями разгибали КС, и артроскоп проводили под надколенник в верхний заворот сустава. Далее полость сустава заполняли физиологическим раствором путем постоянного орошения. При этом артроскоп располагался почти перпендикулярно КС.

Вначале осматривали межмышцелковое возвышение большеберцовой кости, переднюю крестовидную связку, латеральный край медиального мышцелка бедра, внутренний край медиального мениска, тельца Гоффа и поперечную связку. Осмотр продолжали по кривизне медиального мышцелка бедра, где чаще всего наблюдается повреждение хрящевого покрова у больных РА. Наиболее часто наблюдали разволокненный передний рог мениска и 2/3 его паракапсулярной зоны.

Для осмотра задней трети мениска КС сгибали до 40-45° и голени придавали вальгусное положение. Параллельно осматривали синовиальную оболочку медиального бокового заворота, затем наружный мышцелок бедра и латеральный мениск. Манипулируя артроскопом, осматривали пателло-фemorальный сустав, начиная с бедренной борозды, затем гребень надколенника, его латеральную и медиальную фасеты. Обращали внимание на состояние хрящевого покрова, степень хондромалиции, соответствие пателло-фemorальной стабильности. Если при газовой артроскопии значительно усиливалась контрастность хрящевых покровов, то при водной -хорошо выявлялись хондромалиционные изменения в виде "водорослей".

Артроскопия является единственным методом объективной оценки течения артрита и взятия биопсии из синовиальной мембраны и хряща. Артроскопическая ирригация (лаваж) хронических синовитов КС способствует

вымыванию кининов, ферментов и частиц поврежденного хряща из патологического очага, уменьшает ирригацию синовиин.

Артроскопия позволила дифференцировать характер поражения суставов у больных со сходной клинической картиной заболевания, изучить рельеф синовиальной оболочки на всем ее протяжении. Изменения в синовиальной оболочке зависели от давности синовита и особенностей его развития. Воспалительный процесс у большинства пациентов сопровождался утолщением синовиальной оболочки, появлением гиперемии, пролиферации ворсин, образованием на ее поверхности фибриновых сгустков. Одной из особенностей СХС было увеличение объема поражения синовиальной оболочки, о чем свидетельствует выраженность ворсинчатой пролиферации.

При СХС коленного сустава урогенной этиологии синовиальная оболочка была грязно-серого цвета, гиперплазирована, с участками умеренной гиперемии. В верхнем завороте выявлялись обильные отложения фибриновых масс. Ворсины имели вид крупных и плоских лепестков. Сосуды бледно просматривались на поверхности ворсин. Хрящ тусклого цвета, с участками дефектов, хондромалиция надколенника в виде водорослей.

При ревматоидном артрите I стадии наблюдались гиперемия синовиальной оболочки и усиление сосудистого рисунка, ее отек и повышенная кровоточивость, незначительная гипертрофия телец Гоффа, цвет хрящевого покрова не изменен, в некоторых случаях в области мыщелков бедра наблюдались начальные признаки хондромалиции. При водной артроскопии хорошо выявлялись хондромалиционные изменения в виде «водорослей». При II стадии наблюдались резкая гиперемия и утолщение синовиальной оболочки, значительная гипертрофия телец Гоффа. Ворсины утолщены и объемно гипертрофированы, имеют характерную булавовидную форму. Передняя крестообразная связка несколько ослаблена. По краям хрящевого покрова наползает паннус. В большинстве случаев в медиальном мыщелке бедра обнаруживались трещины и эрозии небольших размеров. Мениски разволокнены. При III стадии синовиальная оболочка имела светло-багровый цвет, в полости сустава множество гипергранулированных патологических тканей. В боковых каналах наблюдается облитерация. Хрящевые покровы покрыты паннусом, множество глубоких трещин хряща, а в некоторых его местах – распластанность, видна субхондриальная кость. В боковых каналах множество мелкозернистых образований в виде творожистой массы, соответствующих неутрализованным кортикостероидам. Почти у всех выявлена III-IV степень хондропатии по Outerbridge. Суставной хрящ бедренно-большеберцовых костей разволокнен, с образованием глубоких трещин и дефектов в виде «мозаики».

После проведения артроскопии значительно уменьшался или исчезал болевой синдром, отечность и выпот в сустав; увеличивалась амплитуда движений восстанавливалась функциональная активность мышц и опорность конечности. Наиболее выраженные положительные сдвиги были отмечены у пациентов с застарелыми повреждениями суставного хряща, хроническим постравматическим синовитом, ДООА, РА. Улучшение общего состояния больных и функции сустава после артроскопии означало ремиссию заболевания на много месяцев. Положительная динамика заболевания была обусловлена удалением патологической синовиальной жидкости, содержащей суставной детрит – фрагменты суставного хряща различных размеров, фибриновые пленки и нити, глыбки муцина и др. Ирригация сустава при артроскопии обладает выраженным лечебным эффектом.

Синовиокапсулярэктомия произведена на 35 коленном суставе с целью профилактики деструкции хрящевого покрова.

В послеоперационном периоде в течение 4 недель и более больные занимались лечебной физкультурой, в комплекс которой включены изометрические и динамические упражнения для всех групп мышц пораженной конечности.

Выводы. На основании клинического, артроскопического исследования может быть установлен этиологический фактор СХС коленного сустава. Это позволит повысить точность диагностики, а эффективность лечения возрастает до 85%. При наличии TORCH, туберкулез и бруцеллез лечение необходимо проводить совместно со смежными специалистами.

Артроскопический сравнительный анализ является одним из основным диагностическим критерием дифференциальной диагностики СХС коленного сустава.

Выбор метода хирургического лечения СХС коленного сустава должен быть основан на артроскопической диагностике синовиальной оболочки, хряща и мягкотканых изменений. Неэффективность консервативного лечения до 6 месяцев являются показанием к артроскопии и синовиокапсулярэктомии коленного сустава с последующим динамическим наблюдением.

Список литературы

1. Егоров И.В., Цурко В.В. Рациональные подходы к современной терапии острого и хронического болевых синдромов: роль и место нестероидных противовоспалительных средств. Фарматека. 2008;№-С 15: 54-8.
2. Гулямов Ё.Б., Каримов М.Ю., Юлдашев А.Ю., Якубджанов Р.Р. Научно-практическая конференция «Актуальные проблемы вертебологии и артрологии» Андижан 2013;№-С. 58-61
3. Шостак Н.А., Клименко А.А., Николенко М.В. Остеоартроз: вопросы патогенеза и лечение // Клиницист.-2010.-№1.-С. 47-55.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ДОРОДОВОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Хотимова М.Т.

Бухарский государственный медицинский институт. Узбекистан

Актуальность. Одним из наиболее распространенных осложнений беременности является преждевременное и родовое излитие околоплодных вод. Не существует единой точки зрения относительно причины преждевременного разрыва плодных оболочек. В литературе до настоящего времени обсуждается роль и характер изме-

нения структуры плодных оболочек при дородовом и преждевременном излитии околоплодных вод [1]. Имеется предположение о том, что клинические варианты преждевременного отхождения вод, а также особенности гистологического строения плодных оболочек могут определять различия в степени риска инфицирования матери и ребенка [2].

Дородовое излитие околоплодных вод и затягивание безводного промежутка чаще приводит к осложнениям родового акта (быстрым и стремительным родам, слабости и дискоординации сократительной деятельности матки), что усугубляет состояние плода и в ряде случаев требует оперативного родоразрешения [3].

Частота дородового разрыва плодных оболочек колеблется в широких пределах: от 5 до 19,8% случаев при доношенной беременности. Роды в этом случае не всегда заканчиваются благоприятно для плода и матери. Роды и послеродовой период могут иметь: опасность развития гнойно-септических осложнений у матери, аномалий родовой деятельности и внутриутробного инфицирования плода. Кроме этого родовозбуждение может оказаться неэффективным, что приводит к росту частоты оперативных вмешательств [4].

Цель исследования. Изучение аспектов ведения родов при дородовом излитии околоплодных вод, одновременно изучение роли инфекции при ДИОВ, для уменьшения акушерских и перинатальных осложнений и разработка рациональной тактики ведения родов, при дородовом излитии околоплодных вод.

Материалы и методы обследования. Для решения поставленных задач проведено комплексное обследование 72 беременных, роды у которых осложнились с ДИОВ в сроках 37-40 недель гестации, поступившие в Бухарский областной перинатальный центр за период 2017 года. С помощью анамнестических, клинико-лабораторных и инструментальных данных проводили изучение течения беременности, родов, послеродового периода, состояния плода и новорожденного. Была проведена оценка готовности родовых путей по шкале Бишопа. По Национальному стандарту ведения больных с ДИОВ после 18 часов безводного промежутка проведена антибактериальная терапия с целью профилактики гнойно-септических осложнений у рожениц. Родовые пути у рожениц с ДИОВ осмотрены через 24 часа при отсутствии родовой деятельности с целью решения вопроса о целесообразности индукции родов (5). Характер родовой деятельности контролировали на основании ведения партограмм. Проведено: наблюдение за гемодинамическими показателями, ведение листа наблюдения, измерение t° тела через каждые 4 часа, лабораторный контроль за лейкоцитами 1 раз в сутки, общий анализ мочи, анализ влагалищных выделений. Проведено УЗИ матки и плода, цервикометрия, мониторинг за ритмом и частотой сердцебиений плода и общего состояния роженицы. Учитывая высокую чувствительность к ампициллину бактерий влагалища и шейки матки, по протоколу применялся данный антибактериальный препарат. Состояние плода оценивали по данным ультразвукового исследования и кардиотокографии (КТГ), а состояние новорожденного при рождении - по шкале Апгар. Фетальный мониторинг в родах проводили аппаратом "Corometrics 170".

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст наблюдаемых женщин составил 26,5 лет. У всех женщин беременность протекала на фоне экстрагенитальных заболеваний, а в большинстве случаев сочетание нескольких из них. Преобладала анемия легкой и средней степени тяжести (72,2%), заболевания щитовидной железы (33,3%) и варикозная болезнь (25%). Каждая третья женщина (32%) перенесла инфекционные заболевания при данной беременности в основном в виде ОРВИ, обострение хронических синуситов, циститов, пиелонефритов. У 16,7% беременных эпизоды ОРВИ в течение беременности повторялись многократно. Среди перенесенных гинекологических заболеваний чаще всего диагностированы кольпиты различной этиологии, которые составили 43%. 72,2% женщины в анамнезе указывали на перенесенные воспалительные заболевания генитального тракта. В основном это проявилось в виде дрожжевых, трихомонадных и банальных кольпитов, эндометритов и аднекситов. 19,4% женщины лечились по поводу цервицитов и эрозий шейки матки. По предыдущим анализам влагалищных мазков у 43% женщины имели 3 и 4 степень чистоты влагалищных мазков.

У всех женщин с дородовым излитием околоплодных вод проведено влагалищное исследование с целью оценки зрелости шейки матки по шкале Бишопа. Оценка проведена по 5 критериям. Выявлено, что 61,1% обследованных беременных параметры раскрытия, длины, консистенции, положение шейки матки и состояние предлежащей части плода имели баллы до 5, что оценивалось, как «незрелая шейка». А у 38,9% женщин родовые пути оценивались как «зрелая шейка».

Соответственно, тактика дальнейшего ведения была выбрана согласно протоколу ОПЦ. У беременных с «незрелой» шейкой предложена индукция родов Гландином Е 2, 3 мг по 1 таблетке интравагинально после информированного согласия беременной и родственников. Проведена беседа о возможных осложнениях родовозбуждения. Во время индукции проводилось мониторинг сердцебиений плода и маточной активности. Родовые пути переоценены через 8 часов для уточнения необходимости продолжения индукции. У беременных с «зрелой» шейкой роды велись выжидательной тактикой до разыгрывания регулярной родовой деятельности или консилиумом врачей решён вопрос о родостимуляции окситоцином. 58,3% беременные родоразрешены через естественные родовые пути. Новорождённые, родившиеся от матерей с ДИОВ оценивались по шкале Апгар в среднем на 6 баллов.

Таким образом, исследования показали, что у большинства рожениц с дородовым разрывом плодных оболочек готовность шейки матки оценивалось до 5 баллов, что означало «неподготовленность» родовых путей к родам. Из этого числа 58,3% рожениц подверглись родовозбуждению после информированного согласия роженицы и её родственников. 22,2% роженицы имели относительные или абсолютные противопоказания к родовозбуждению и родостимуляции. Остальные 19,4% роженицы отказались от родовозбуждения, которым как дальнейшая тактика родоразрешения выбрано кесарево сечение. Изучение послеродового периода показало, что у 26,4% женщин наблюдались такие осложнения как лохиометра и гематометра, проявляющимся в виде субинволюции матки, обоснованными клиническими данными и ультразвуковыми исследованиями. У 18,1% женщин наблюдались вторичное заживление ран мягких родовых путей. У 2,8% женщин послеродовой период протекал признаками обострения хронических воспалительных заболеваний генитального тракта.

Выводы:

1. Длительный безводный период является фактором повышения инфицирования, который приводит к увеличению акушерской и перинатальной патологии.
2. Длительный безводный период увеличивает заболеваемость новорожденных и родильниц в послеродовом периоде.
3. Длительный безводный период увеличивает обсемененность родовых путей общей и условно — патогенной флоры и приводит к нарастанию дисбаланса экосистемы влагалища.

Эти данные диктуют необходимость применения антибактериальных препаратов у рожениц с ДИОВ. Назначение антибактериальной терапии после 18 часов безводного промежутка предупреждает развитие гнойно-воспалительных процессов в организме роженицы и плода, обуславливает колонизационную резистентность и не является противопоказанием к оперативному родоразрешению путем операции кесарева сечения.

Список литературы

1. Абрамченко, В.В. Активное ведение родов: Руководство для врачей /В.В. Абрамченко. - СПб.: спецлит, 2009. - 664 с.
2. Азарова, Т.Е. Клиническая оценка готовности организма женщины к родам по состоянию перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы: автореф. дис... канд. мед. наук/Т.Е. Азарова. - Ростов н/Д, 2011.-22 с.
3. Айвазяна Т.А. Особенности сократительной деятельности матки при угрозе прерывания беременности и преждевременных родах: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т.А. Айвазяна. – Санкт-Петербург, 2013. - 18 с.
4. Айламазян, Э.К. Современное состояние проблемы перинатальных инфекций / Э.К. Айламазян // Вестн. Росс. ассоц. акуш.-гин. - 2012. - №2. - С.3-11.
5. Борисов, Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология / Л.Б. Борисов // Медицинское информационное агенство. - Москва, 2015.

ПЕРСПЕКТИВА ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫХ СВИЩЕЙ

Худайбергенов У.А¹, Беляев А.Л², Шеринбаев Р.Б²

¹Кафедра урологии, Ташкентская медицинская академия

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии

Актуальность. Пузырно-влагалищный свищ является одним из самых тяжелых осложнений в гинекологии, онкогинекологии и урологии. Пузырно-влагалищный свищ – это патологическое сообщение между мочевым пузырем и влагалищем. Начиная с VII в. хирургические методы лечения пузырно-влагалищных [1] свищей продолжают развиваться [2]. Как известно существует 3 хирургических доступа для лечения пузырно-влагалищных свищей: трансвезикальный, трансабдоминальный и трансвагинальный [3].

Наибольшую сложность представляют свищи, расположенные в области устьев мочеточников. В этом случае оперативное пособие осуществляется [4], главным образом, чреспузырным доступом. Существуют многочисленные методы операций, осуществляемые чреспузырным и другими доступами:

Уретероцистостомии тазового отдела мочеточника по поводу свищей, по данным литературы, составляет 75-90 %. В то же время частота рецидивов свищей остается достаточно высоким (7 - 8 %) и к тому же нередко (5 - 6 %) после выполнения операции возникает стеноз устья имплантированного мочеточника, а также на этапе реабилитации часто больных беспокоит цисталгия из-за рубцовой деформации мочевого пузыря. Поэтому разработка нового метода операции является актуальной.

Известен способ Фрича: культю мочеточника имплантируют в мочевой пузырь на глубину 2-3 см и отдельными кетгутowymi швами фиксируют его к стенке. Культя мочеточника остается свободно висячей в просвете мочевого пузыря и вскоре она со всех сторон «обрастает» слизистой оболочкой [5]. Однако этот способ может быть использован при острой травме мочеполовой системы. При уретероцистостомии по Фричу, культя свободно висячего мочеточника часто стенозируется или полностью облитерируется. Поэтому сформированное устье мочеточника мало пригодно для эвакуации мочи, застой которой ведет к таким осложнениям как не состоятельность вновь созданных пузырно-мочеточниковых анастомозов с развитием гнойного пиелонефрита, гидронефроза, мочевых затеков, мочеточниково-кожных свищей [5] и часто служит причиной urgentных оперативных вмешательств. Часто в просвете неимплантированного мочеточника образуется камень.

Известен способ фистулопластики с неомплантацией мочеточника в мочевой пузырь по методу Симмондса в модификации Г. Хёрта [4] Доступ - внебрюшинный и трансвезикальный. Проксимальный конец мочеточника рассекают вдоль на 6 часах условного циферблата на протяжении примерно 5 мм. На угол разреза накладывают шов-держалку из полигликолевой нити 4-0. В предварительно вскрытый мочевой пузырь вводят палец, приподнимают его заднелатеральную стенку и обозначают наиболее подходящее место для имплантации мочеточника. Расслаивающими движениями ножниц в стенке мочевого пузыря формируют отверстие диаметром 1 см. Через это отверстие изнутри наружу проводят изогнутый пинцет, которым захватывают концы шва-держалки и, потягивая за него, мочеточник погружают в мочевой пузырь. Изнутри мочевого пузыря накладывают 5-6 узловых швов полигликолевой нитью 4-0, захватывая все слои стенки мочеточника и почти все слои стенки мочевого пузыря, и сопоставляют края слизистых оболочек. Для укрепления анастомоза и уменьшения натяжения дополнительно накладывают 3-4 узловых шва, захватывая брюшину мочеточника, мышечную и серозную оболочку мочевого пузыря. Мочеточник и мочевой пузырь дренируются катетером.

Однако, при операции по этому методу из-за большого разреза мочевого пузыря в послеоперационном периоде часто беспокоит дизурия, время операции удлиняется.

Известен способ пластики пузырно - влагалищного свища по патенту РФ №2135039, включающий наложение швов на стенку мочевого пузыря и влагалища. На первом этапе - чреспузырном - производят ниже срединный разрез, ревизию мочевого пузыря, циркулярный разрез, несколько отступая от краев свища, наложение лигатуры вокруг свищевого отверстия и фиксация их к катетеру, с помощью которого они выводятся через свищевой ход в сторону влагалища. Этап заканчивают наложением швов Донатти на обновленные края свищевой ходы и ушиванием мочевого пузыря. На втором, чревлагалищном, этапе рубцовые ткани свищевой ходы иссекают и на стенку влагалища накладывают шов Донатти.

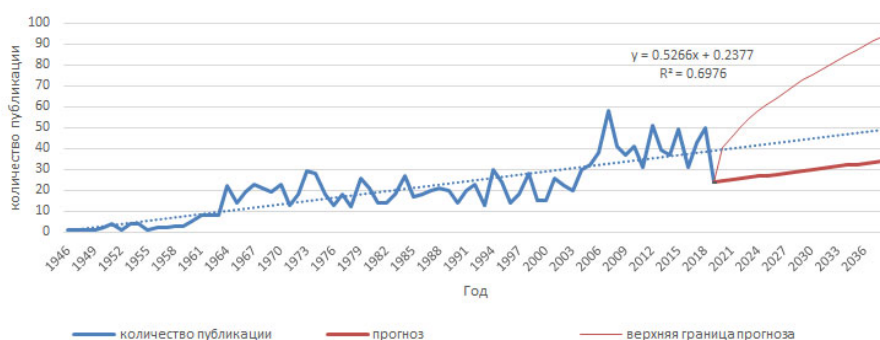
Недостатком этого способа является сложность его выполнения и повышенная травматичность.

Учитывая вышеизложенное, определение наиболее правильного хирургического метода в лечении ВВС остается также актуальным в клиническом контексте. Таким образом, перед нами была поставлена **цель**: Учитывая растущий интерес к этой проблеме в работе проведен ретроспективный анализ данных по выявлению пузырно-влагалищного свища путем применения метода прогнозирования временных рядов.

Материалы и методы исследования. Данные исследований были получены из базы данных PubMed за период 1946 - 2019 гг. Поскольку имеющиеся данные имеют характер временной шкалы, был выбран метод прогнозирования линейного тренда.

Результаты исследования и их обсуждение. Исходя из имеющихся данных, первоначальные публикации были доступны в 1946 году. Мы видим одну публикацию, доступную за период с 1946 по 1949 год. Начиная с 1950 года, тема стала более актуальной, в результате чего было проведено больше исследований и публикаций (в среднем 4 публикаций в год). Мы наблюдаем общий устойчивый рост числа публикаций до 1963 года. Однако в 1964 году были отмечены резкие увеличения тренда, что привело к увеличению количества публикаций почти в три раза по сравнению с 1963 годом (22 публикации). График отображает сезонный характер, где мы можем видеть колебания каждые 3-4 года. Учитывая, что в 2019 году произошли колебания в сторону понижения, мы можем ожидать стабильных темпов роста числа публикаций в ближайшие в ближайшие 3 - 4 года.

Пик исследования был проведен в 2007 году, в результате чего было опубликовано 58 публикаций. Общее количество исследований с 1946 по 2019 годы – 1478 публикаций.



Приведенный выше график включает в себя имеющиеся исторические данные и прогноз на будущее до 2036 года. Прогноз дается в двух возможных сценариях, где прогноз верхнего уровня отражает значительное увеличение количества публикаций (почти 200% рост числа публикаций к 2029 году, где ожидается 72 публикаций). “Реальный прогноз” указывает на стабильные темпы роста (почти 20% темпов роста публикаций с 2019 по 2029 год), что равно 29 публикациям в 2029 году и 34 публикациям в 2038 году соответственно. Метод предполагает уровень точности около 69% ($R^2 = 0,6776$). Наклон тренда равен 0,5266, точка пересечения равна 0,2377. Уравнение прогнозирования линейного тренда: Y [прогнозируемый тренд] = наклон тренда * X [период времени] + точка пересечения.

Заключение: Прогноз показывает два сценария: если все факторы роста будут благоприятными, то верхняя граница роста публикации увеличится на 200% к 2029 году. Этот сценарий менее реалистичен и происходит только в том случае, если все условия выполнены благоприятно и в расчетах не учитываются ошибки. Ожидается, что реальный темп роста составит 20%, где прогнозная модель включает 69% уровень точности и другие факторы ошибки. Этот сценарий более вероятен, так как он учитывает менее благоприятные факторы при расчете. Проведенный анализ показал, что в 2019-2028 годах ожидается продолжение углубленного изучения проблемы ПВС. Основное количество статей, по-видимому, будет посвящаться к разрешению данного недуга в XXI веке.

Список литературы:

1. Aminsharifi, A., *Minimally Invasive Management of Concomitant Vesicovaginal and Ureterovaginal Fistulas After Transabdominal Hysterectomy: Laparoscopic Vesicovaginal Fistula Repair With Ureteroneocystostomy Using a Boari Flap*. J Minim Invasive Gynecol, 2018. 25(1): p. 17-18.
2. Lo, T.S., et al., *Clinical relevance and treatment outcomes of vesicovaginal fistula (VVF) after obstetric and gynecologic surgery*. Taiwan J Obstet Gynecol, 2019. 58(1): p. 111-116.
3. McKay, E., K. Watts, and N. Abraham, *Abdominal Approach to Vesicovaginal Fistula*. Urol Clin North Am, 2019. 46(1): p. 135-146.
4. Buchert, W.I., *Surgical treatment of vesicovaginal fistula*. J Urol, 1953. 69(5): p. 665-76.
5. Mungalov, N.P. and N.A. Kulikova, *[One-stage bilateral uretero-cystoneostomy and plastic surgery of vesicovaginal fistula]*. Urol Nefrol (Mosk), 1998(4): p. 47.

ПРОГНОЗЫ БОЛЬНЫХ С КРАНИОБАЗАЛЬНОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Хусаинов Э.С., Хусаинов С.Д., Мавлонов Дж.Б.

Кафедра нейрохирургии и сочетанной травмы ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино Таджикистан

Актуальность. Травматизм, в частности черепно-мозговая травма (ЧМТ), становится все более актуальной проблемой не только медицины, но и любой общественной системы в целом. В структуре причин смерти населения травматизм следует за сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. В общей структуре травматизма повреждения центральной нервной системы составляют до 30-40% [1,4].

Краниобазальная ЧМТ характеризуется повреждением костей основания черепа, базальных отделов головного мозга, в частности стволовых структур; она относится к наиболее тяжелым видам черепно-мозговой травмы и нередко сопровождается диффузным аксональным повреждением (ДАП) головного мозга. ДАП проявляется симптомами функционального и анатомического разобщения больших полушарий и ствола мозга. Больные, получившие ДАП головного мозга, относятся к грубым инвалидам. Среди причин инвалидизации населения, наступивших в результате травм, черепно-мозговая травма занимает первое место и составляет 25-30% [1,2,3]. Если учесть, что в наибольшей степени от травматизма страдают молодые люди, то становится понятным, почему по наносимому обществу суммарному экономическому и медико-социальному ущербу травматические поражения и, прежде всего, черепно-мозговые травмы, занимают первое место, опережая сердечно-сосудистые и опухолевые заболевания. В связи с этим, дальнейшее изучение нейротравмы и ее последствий является весьма актуальным.

Цель исследования. Прогнозирование и улучшение исходов лечения больных, получивших тяжелую краниобазальную черепно-мозговую травму.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе 131 больного, находившихся на лечении в отделениях нейрохирургии Национального Медицинского Центра Республики Таджикистан с 2015-2018 гг. Возраст пациентов варьировал от 1 года до 70 лет. Всем больным проводился клинико-неврологический осмотр, рентгенологическое, отоскопическое, офтальмологическое обследование и компьютерная томография (КТ) головного мозга. Мужчин было 97 (74%), женщин 34 (26%).

Средний возраст у взрослых больных составил – 30 +2. Оценка КБЧМТ оценивалась согласно шкале исходов Глазго.

Результаты исследования и их обсуждение. Основными механизмами травмы больных с краниобазальной черепно-мозговой травмой были: падение с высоты 67 (51,1%), дорожно-транспортное происшествие 40 (30,5%), удар по голове 24 (18,4%).

Среди пострадавших с краниобазальной черепно-мозговой травмой у 3 (2,4%) установлен диагноз - ушиб головного мозга легкой степени, у 44 (33,6%) - ушиб головного мозга средней степени тяжести и ушиб головного мозга тяжелой степени установлен у 84 (64%) больных. Как видно из вышеуказанных данных, у больных с краниобазальной черепно-мозговой травмой преобладали ушибы головного мозга тяжелой степени.

Переломы основания передней черепной ямки наблюдались у 37 (28,2%) больных, переломы основания средней черепной ямки у 84 (64%) пострадавших, сочетание переломов основания передней и средней черепных ямок наблюдалось в 10 (7,8%) случаях. При локализации повреждений в области передней черепной ямки часто страдали обонятельные нервы. Аносмия наблюдалась у 2 больных, гипосмия у 8. В 2 наблюдениях имелся односторонний амвроз, у 22 больных отмечалось повреждение глазодвигательных нервов (III, IV, VI). При локализации повреждений в области средней черепной ямки наиболее часто страдала функция слухового анализатора, что имело место у 68 пострадавших и лицевого нерва – в 27 наблюдениях. При сочетании повреждений в области передней и средней черепных ямок, которое наблюдалось у 10 больных, имело место сочетание повреждений вышеуказанных нервов.

У 18 (13,3%) больных имелись компрессионные переломы, в 14 (10,5%) случаях диагностирована эпидуральная гематома, в 9 (7%) случаях субдуральная гематома и у 6 больных (4,2%) внутримозговая гематома. 36 (27,4%) больных поступали в коматозном сознании. Длительность комы составила от 1 до 10 суток.

У 6 (4,7%) пострадавших длительность коматозного сознания составило более 8 суток, с последующим выходом через вегетативный статус. У всех этих больных во время первичного осмотра выявлены стволовые симптомы (парез рефлекторного взора вверх, разностояние глазных яблок по вертикальной и горизонтальной оси, двухстороннее угнетение или выпадение фотореакций зрачков), вичурное положение пальцев рук и децеребрация.

Все эти больные получили травму в результате падения с большой высоты или ДТП. Таким образом, патогенезом развития диффузного аксонального повреждения головного мозга является механизм ускорения-замедления.

Характерной особенностью КТ данных больных с ДАП является то, что в остром периоде черепно-мозговой травмы, несмотря на углубление уровня сознания до комы – обширных очагов размождения, ушибов головного мозга нет. Для нее характерны мелкоочаговые геморрагии в белом веществе полушарий мозга, мозолистом теле, а также в подкорковых и стволовых структурах. В последующем на контрольных КТ снимках головного мозга отмечается отчетливая тенденция к атрофии мозга и во всех этих случаях имеются грубые признаки инвалидизации. Согласно оценке исходов лечения КБЧМТ по ШИГ (шкала исходов Глазго), хорошее восстановление наблюдалось у - 85 (65%) больных, умеренная инвалидность у - 8 (6,1%) больных, грубая инвалидность у - 4 (3%) больных и вегетативный статус у – 6 (4,6%) больных, летальных случаев было 28 (21,3%).

Выводы

1. Краниобазальная черепно-мозговая травма относится к числу из сложных и тяжелых форм черепно-мозговой травмы, часто сопровождается переломами основания передней и средней черепной ямки.

2. Выявление у пострадавших с КБЧМТ во время первичного осмотра стволых симптомов свидетельствует о диффузном аксиональном повреждении мозга, приводящем к тяжелой инвалидизации больных.
3. С целью улучшения исходов лечения подобных травм, для точной оценки состояния вещества головного мозга пострадавших необходимо использование современных методов диагностики (КТ, МРТ), своевременной терапии, направленной на уменьшение отека и улучшение метаболизма головного мозга.

Литература

- 1 Касумова С.Ю., Тяжелая черепно-мозговая травма// В книге «Клиническое руководство по черепно-мозговой травме», под ред. Коновалова А.Н., Лихтермана Л.Б., Потапова А.А., «Антидор», Москва 2013, т. 1, С. 169-225:
- 2 Корниенко В.Н., Васин Н.Я., Кузменко В.А., книга «Компьютерная томография в диагностике черепно-мозговой травмы ». Москва «Медицина» 2009 г. С. 122-210
- 3 Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Зелдман В.Л., Корниенко В.Н., Кравчук А.Д. Переломы основания черепа в книге «Доказательная нейротравматология » Москва 2015. С. 245-296
- 4 Friedman J.A. Ebersold M.J. Qvast L.M. // World // Sunq 2012 Aug. 25 |8|. 1062-6 // Post-traumatic cerebrospinal fluid leakage.// P. 86-100

СТАНОВЛЕНИЕ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН И ПЕРСПЕКТИВА ЕЁ РАЗВИТИЯ

¹*Шамсиев Дж.А., Нустратуллоев И.,* ^{1,2}*Сабдуллоев Ф.С.*

¹Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

²ГУ «Республиканский научно-клинический центр урологии»

Со дня открытия в 1939 году Таджикского государственного медицинского института (ТГМИ) имени Абуали ибни Сино отдельные главы заболеваний мочеполовой системы преподавались студентам сотрудниками факультетской хирургии.

Началом становления урологической службы республики следует считать 1958 год, когда был организован самостоятельный курс по урологии, возглавляемый доцентом Василием Николаевичем Дунчиком. В период деятельности руководства курсом урологии (1958-1968гг.) Василием Николаевичем, наряду с подготовкой преподавателей, практических врачей, разрабатывались наиболее актуальные научные проблемы урологии как: этиопатогенез, диагностика и лечение мочекаменной болезни, санаторно-курортное лечение мочекаменной болезни, туберкулёз мочеполовых органов, влияние высокогорных факторов на функцию почек. Итогом этих проблем явились диссертационные работы на соискание учёной степени кандидата медицинских наук Т.В. Свиридовой, А.С. Асимова, А.Д. Джураева, В.В. Баркаева, В.П. Тянь, А.У. Азимова.

В 1969 году была организована кафедра урологии, которую до 1971 года возглавлял В.В. Томашевич.

Высока заслуга почетного профессора Асимова Аслиддина Сайфиддиновича (1972-1994гг. и 1999-2008гг.) Со дня организации кафедры и особенно с изданием приказа Министерства здравоохранения СССР 1971 года «О мерах дальнейшего развития и совершенствования урологической помощи населению страны», с улучшением научно-практической деятельности особое внимание уделяют подготовке кадров. Интенсивная подготовка кадров велась на кафедре через клиническую ординатуру и первичную специализацию, организованной факультетом усовершенствованием врачей в 1974 году. Благодаря этому за короткое время все районы и города республики были обеспечены специалистами-урологами.

Число урологических коек для взрослого населения от 130 коек в 1972 году возросло до 830 коек в 1990 году. Организованы крупные урологические отделения в городе Ленинабаде на 90 коек, Курган-Тюбе - на 60 коек, Кулябе и Турсун-Заде - по 40 коек, в Хоробе на 30 коек, созданы межрайонные урологические отделения в Ура-Тюбе, Исфаре, Московском районе по 40 коек. В городе Душанбе открыто экстренное городское урологическое отделение на 60 коек при Городской клинической больнице скорой медицинской помощи. В городе Ленинабаде при областной туберкулёзной больнице организовано фтизиоурологическое отделение на 50 коек.

Впервые в практике В.Н. Дунчиком и А.С. Асимовым внедрен гемостаз гюзотоксином и алюинокалиевой солью (квасцы) 1 и 2% раствором при хирургическом лечении аденомы предстательной железы.

А.С. Асимовым, А.А. Рахимовым, Л.М. Задориной разработаны критерии и нормы при различной патологии почек колебаний электролитного баланса, а также приспособленная их способность с уменьшением количества функционирующих нефронов в условиях вертикальной вибрации процесса реадaptации в условиях высокогорья и низкогорья при парциальной нефрэктомии.

Несомненно, высока заслуга доктора медицинских наук профессор Кодир Тафикхон Рафикзода, который возглавлял кафедру урологии в 1995-1998 гг. Разработал новые критерии хронический почечной недостаточности в жарком периоде года и коррекцию водно-электролитного баланса до и в послеоперационном периодах у больных с мочекаменной болезнью. Автор 36 книг по актуальным проблемам урологии и андрологии на русском и на таджикском языках, монографий, руководств, справочника, научных брошюр, словарей, курсов лекций и учебных пособий. Под его руководством защищены 10 кандидатов медицинских наук.

Высока заслуга доктора медицинских наук Нустратуллоева Исмадулло, благодаря таланту, организаторским способностям этого человека в 1999 году был создан Республиканский клинический центр «Урология», который положил начало организации и развитию специализированной урологической службы в Республике Таджикистан и стала базой кафедры урологии, которую возглавил профессор Шамсиев Джамолидин Амриевич (2009-2010 гг.) и (2015 по настоящее время) и Солехов Дилшод Неъматович 2011-2014 гг. Под руководством директора РКЦ «Урология» д.м.н., ассистента кафедры Нустратуллоев Исмадулло, зав. кафедрой профессора Шамсиева Дж.А. и асси-

стента Косимова М.М. после прохождения специализации в ГУРНЦХ им. Академика Б.В. Петровского в г. Москва РФ, а также при содействии Правительства Республики Таджикистан и Министерства Здравоохранения в 2009 году 6-8 и 11 ноября впервые были произведена 3 трансплантации почки, которые положили начало трансплантологической службе в республике.

Ассоциацией урологов Республики Таджикистан, РКЦ «Урология» и кафедры урологии в 2011 году был проведен I съезд урологов Таджикистана.

На кафедре с 2011 по 2014 годы изучена «Распространенность, профилактика и лечение мочекаменной болезни в Таджикистане». С 2015 по 2019 годы «Ранняя диагностика, профилактика и лечение неспецифических воспалительных заболеваний мочеполовой системы в Таджикистане». Итогами этих проблем явились диссертационные работы Ризоев Х.Х. «Этиопатогенез, диагностика и оптимизация терапии хронического обструктивного простатита» в 2012 году. Ризоев Х.Х., Шамсиев Д.А. «Способы лечения обструктивного простатита» - и получили авторское свидетельство на изобретения. Гафуров М.У. «Оптимизация хирургического лечения нефроптоза» в 2013 году. «Способ хирургического лечения нефроптоза» и получил авторское свидетельство на изобретения. Мираков Р.С. «Особенности функции почек и электролитов в период реадaptации к низкогорью после пребывания на высокогорье» в 2014 году. Саъдуллоев Ф.С. «Особенности возникновения внутрибольничных инфекции у больных с МКБ в послеоперационном периоде и совершенствование мероприятий по их профилактике» в 2016 году. Ходжимурадов А.М. «Оптимизация методов лечения осложненных форм пиелонефрита у беременных женщин» в 2018 году. А также учебник «Урология» 2010 году, «Таърихи урология Тоҷикистон» 2011 году. Монография «Хронический обструктивный простатит» Ризоев Х.Х., «Допплерография предстательной железы у больных хроническим простатитом» 2017 году Солихов Д.Н., Учебно-методическое пособие «Профилактика инфекции мочевыводящих путей» и «Диагностика лечения и профилактика инфекции мочевыводящих путей» 2013 год Саъдуллоев Ф.С., «Сравнительная оценка современных методов лечения больных хроническим простатитом» 2013 год и «Диагностика и лечение сочетанной травмы с нарушением функции мочевого пузыря» в 2015 году Солехов Д.Н., «Оптимизация хирургического лечения нефроптоза» в 2015 год Гафуров М.У., «Острая повреждение почек и хроническая болезнь почек» в 2018 год и «Мочекаменная болезнь» в 2019 год Шамсиев Д.А., «Русско-Таджикский словарь по урологии» в 2019 году Гафуров М.У. и Шамсиев Д.А.

Из проведенных исследований было отмечено за период 2006-2011 гг. уменьшение числа развернутых коек с 745 до 710. Поступило 18636 больных, было выписано 18577 и умерло 18 больных. В 2009 году, несмотря на уменьшение коечного фонда, отмечено увеличение числа госпитализированных больных - 19591. В этом же году было выписано 19529 и умерли 21 больной. Официальные показатели свидетельствуют об уменьшении смертности от урологических заболеваний за указанный период, как в абсолютных значениях, так и в расчете на число госпитализированных больных. Такую позитивную динамику связываем с улучшением общего уровня оказания урологической помощи в Таджикистане, более активным внедрением новых медицинских технологий и оборудования не только в центре, но и в регионах страны.

Согласно официальным статистическим данным в 2006-2011 гг. отмечен рост заболеваемости по основным категориям нозологических форм в урологии. Это связано как с общим улучшением диагностики, внедрением в широкую урологическую практику современных методик, в первую очередь ультразвукового сканирования и доплерографии, цифрового рентгена компьютерного томографа, эндовидеоурологического оборудования, так и с увеличением числа собственных урологических заболеваний. Анализ всех зарегистрированных в Республике Таджикистан случаев МКБ в период 2006 по 2011 гг. показал, что число больных из года в год растет.

Так распространенность МКБ в 2006 году составила 183,3, в 2011 году -222,0 случая на 100 тыс. населения. Наибольшая частота распространенности МКБ, превышающая общереспубликанский уровень, отмечена в западных районах республиканского подчинения от 326,3 до 368,2 на 100 тыс. населения. В г. Душанбе она выросла от 161,3 до 220,6. В восточных районах республиканского подчинения её уровень возрос от 127,1 до 170,5. В Хатлонской области распространенность МКБ за исследуемые годы, составили о 158,5 – в 2005 году и в 2009 году – 169,4 на 100 тыс. населения. В Горно – Бадахшонской автономной области распространенность МКБ в отдельные годы то повышалась, то снижалась, что связано с движением урологических кадров в области. Показали распространенность МКБ в Согдийской области, которая выросла от 133,7 в 2006 году, до 197,4 в 2011 году.

Кроме роста МКБ, в республике отмечается значительный рост болезней почек, в частности, хронического пиелонефрита, рост которого на 100 000 населения в 2006 – 2011 гг. составил 227,7 и 280,9 соответственно. Рост хронического гломерулонефрита за этот же период вырос на 100 тысяч населения с 562,9 до 634,5 соответственно.

В республике отмечается высокая частота доброкачественных заболеваний предстательной железы: гиперплазии, хронического простатита и др. показатель больных с этими заболеваниями на 100 000 населения за 2006-2011 гг. существенно вырос: с 79,7 до 110,0 соответственно, т.е. на 28,2%.

Одним из направлений стратегии развития здравоохранения нашей республики является развитие высокотехнологической медицинской помощи. Это имеет непосредственное отношение, к нашей специальности.

С одной стороны, применение высокотехнологических видов медицинской помощи позволяет значительно улучшить результаты диагностики и лечения урологических заболеваний, сделать помощь доступной широкому кругу нуждающихся в ней пациентов, уменьшить частоту осложнений и случаев неэффективного лечения, а следовательно, добиться существенного экономического эффекта.

В заключении необходимо отметить, что в условиях проводимой реформы отечественного здравоохранения и развития высокотехнологических видов медицинской помощи возрастает организационная и методическая роль кафедры урологии, Ассоциации урологов Таджикистана и Республиканского клинического центра «Урология», в связи с чем мы совместно с директорами областных клинических центров «Урология» планируем провести следующие мероприятия:

- широко внедрять новые высокотехнологические методы диагностики и лечения больных, установить обязательные показания и противопоказания к проведению каждого метода лечения, оснастить профильные учреждения соответствующим оборудованием и технологиями;
- внедрить новые модели урологической службы с организацией стационаров кратковременного и прерывистого пребывания больных с осуществлением дифференциального подхода по диагностике, лечению и реабилитации больных;
- совместно с кафедрами ТГМУ им. Абуали ибни Сино и ТИППМК совершенствовать систему урологического образования, особенно в области высоких медицинских технологий по подготовке практических врачей, научно – педагогических и руководящих кадров.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЦЕЛЕВО (ЛЕВОФЛОКСАЦИН) В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МИКСТИНФЕКЦИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У МУЖЧИН

¹Шамсиев Дж.А., ¹Салимов Х.Г., ¹Сидиков А.Ш., ²Мухаммадиев Ф.И.

¹Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

²Государственное учреждение «Республиканский научно-клинический центр урологии». Таджикистан

Актуальность. Урогенитальные инфекции (УГИ) -являются сложной медико-социальной проблемой современности, что обусловлено их широким распространением, тяжестью вызываемых последствий и влиянием на репродуктивное здоровье населения. Социально значимым является то, что УГИ чаще встречаясь у молодых людей служат причиной бесплодия супружеских пар [1]. Воспалительные заболевания органов малого таза, вызванные УГИ, не только приводят к нарушению репродуктивного здоровья мужчин и женщин, но и могут сопровождаться внутриутробным инфицированием плода. Эпидемиологическая ситуация с заболеваниями, обусловленными УГИ в последние годы принимает в мире угрожающий характер [1,2,3]. В настоящее время РТ не может полностью обеспечить работой всё трудоспособное население. В поисках заработка большая его часть превратилась в трудовых мигрантов в количестве до 1млн 200тыс человек, которые многие месяцы и годы находятся за пределами республики, прежде всего в Российской Федерации . Эти названные лица способствуют распространению УГИ по всей территории республики, что делает УГИ важнейшей медико-социальной проблемой [1]. Особенностью некоторых УГИ является полное отсутствие клинических проявлений, а потому, если инфицирование прошло незамеченным, женщины и мужчины продолжают чувствовать себя практически здоровыми. Эти инфекции имеют скрытый характер распространения среди населения и выявляются часто случайно при целенаправленном обследовании больных на урогенитальные инфекции по поводу бесплодия и невынашивания беременности [4-5].

Цель исследования. Оценить эффективность применения Целево (левофлоксацин) при лечении микстинфекции урогенитального тракта у мужчин.

Материал и методы исследования. В условиях поликлиники ГУ РНКЦ «Урология» наблюдались 320 семейных пар (640) пациентов, страдающих бесплодием от 1 года до 8 лет, которые неоднократно лечились у различных специалистов без эффекта (1). Возраст больных составлял от 18 до 40 лет в среднем (28+0,5). Всем больным, 320 мужчинам проводили физикальное обследование, пальцевое ректальное исследование, трансабдоминальное и трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы и лабораторные тесты (общий анализ крови и мочи, бактериологическое исследование мочи, микроскопический анализ секрета предстательной железы). В соскобах и мазках из уретры идентификацию возбудителей проводили методом прямой иммунофлуоресценции (ПИФ) и ИФА; Среди обследованных из 320 мужчин у 76 обнаружено, отдельно и в сочетании с уреаплазмой 51, хламиды-37 и микоплазмы -4. Из обследованных пациентов изолирована 1 инфекция которая было у 18, уреаплазма-16, хламидий-2 случая. Сочетание 2х инфекции цитомегаловирусом ЦМВ, герпесом, токсоплазмозом в 20 случаях. Сочетание одновременно 3х ИПП уреаплазмы, хламидий с ЦМВ , герпес, токсоплазмозом у 26 пациентов и сочетание 4х у 4 больных. Показатели спермограммы отмечались большим количеством сперматозоидов от 25 до 400 млн в 1 мл, однако количество мертвых сперматозоидов составляло от 50% с 1 инфекцией до 100% с тремя и четырьмя инфекциями.

Результаты исследования и их обсуждение. Наряду с терапией ИПП против ЦМВ, токсоплазмоза, герпеса для лечения хламидий, уреаплазмы и микоплазмы больным назначено Целево (левофлоксацин 500мг) 1таб х 1 раз в течение 10 дней, после чего наблюдалась следующая динамика: скудные слизистые выделения из уретры до лечения отмечались у 15 (19,7%) пациентов, после лечения снизились до 2(2,6%), жжение и зуд в уретре до лечения - у 25 (32,8%), после лечения – у 3 (3,9%), рези при мочеиспускании, тянущие и тупые боли внизу живота, пояснично–крестцового отдела позвоночника до лечения - у 28 (36,8%) после лечения – у 3 (3,9%) пациентов. Наличие лейкоцитов в моче больше 12 в поле зрения до лечения имелось у 66 (86%) больных, а после лечения – у 5 (6,5%). При исследовании эякулята у 30 (38,4%) больных обнаружено повышение количества лейкоцитов (выше 10 лейкоцитов в поле зрения), а через 30 дней после окончания терапии у всех пациентов количество лейкоцитов в эякуляте снизилось до нормы. Активность и подвижность поднялись от 0% у больных с тремя и четырьмя инфекциями до 25-35% и мертвые сперматозоиды снизились до 40-45%. При повторном исследовании на хламидий уреаплазмы и микоплазмы идентификация возбудителей методами прямой иммунофлуоресценции (ПИФ) ИФА отрицательна.

Выводы. Урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем (хламидии, уреаплазма, микоплазма) у больных с бесплодием может встречаться изолировано или в сочетании с другими двумя, тремя до четырех микстинфекций на фоне хронических воспалительных заболеваний органов урогенитального тракта, тем самым было доказано, что препарат Целево (левофлоксацин) является эффективным средством в борьбе с ассоциированной урогенитальной инфекцией и может быть препаратом выбора.

Список литературы

1. Рофиев И.Д. Эпидемиология и социальное значение урогенитальных инфекций / П.Т. Зоиров, Дж.А. Шамсиев, Х.Х. Ризоев // *Здравоохранение Таджикистан*. – 2011. - №3. – С.319-321.
2. Современные направления и перспективы развития лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путем // А.А. Кубанова и [др.] // *Вестник дерматологии и венерологии*. – 2011. - №5. - С.54-64.
3. Савичева А.М. Лабораторная диагностика инфекции, вызванной *Mycoplasma genitalium* / А.М. Савичева, Е.В. Шипицына, Е.А. Золотоверхая // *Методические рекомендации*. - СПб.: Изд-во Н-Л, 2010.
4. Тапилькая, Н.И. Применение Вильпрафена у пациенток с бесплодием и привычным невынашиванием беременности на этапе прегравидарной подготовки / Н.И. Тапилькая // *Трудный пациент*. - 2010 (1-2).
5. Bayraktar, V.R. Prevalence and antibiotic susceptibility of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* in pregnant women / V.R. Bayraktar, I.N. Ozerol, N. Gucluer // *Int J Infect Dis*. – 2010. - N14(2). – P.90-95.

ЗНАЧЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПРОКТОСИГМОИДИТОМ

^{1,2}Шарипов В.Ш., ¹Вахобзода П., ²Курбонов А.У., ²Рахмонов Б.И.

¹ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН РТ

²Кафедра онкологии и лучевой диагностики ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Хронический проктосигмоидит (ХП) - сочетанное хроническое воспаление слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишок - широко распространенное в настоящее время заболевание, встречающееся практически у половины больных хроническим колитом [1,2]. Ведущим методом диагностики хронического проктосигмоидита (наряду с инвазивной эндоскопией) длительное время являлась ирригоскопия (ИС), при которой не всегда отображается реальная картина заболевания. В настоящее время роль УЗИ, КТ и МРТ в диагностике заболеваний толстой кишки занимает лидирующее место [3-5].

Цель исследования. Усовершенствования рентгенологического исследования хронического проктосигмоидита в части более детального применения планиметрических методик, а также более широко использования ультразвуковой ирригоскопии в диагностике отмеченной патологии.

Материал и методы исследования. Клинико-рентгенологические исследования проведены у 248 больных хроническим проктосигмоидитом в возрасте от 21 года до 68 лет (95 мужчин и 153 женщины). Установлено, что сравнительная характеристика рентгенопланиметрических показателей свидетельствует о том, что цифровая обработка силуэта рентгеновского изображения толстой кишки, особенно измерение его поперечника между крайними точками симметричных гаустр и сопоставление с поперечником интергаустральных промежутков, позволяет оценить гаустрацию и дает возможность объективизировать рентгенологическую картину.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что поперечная и продольная мускулатура по различному реагирует на введение сернокислого бария и воздуха как в норме, так и при воспалительном процессе. Существенное значение при этом имеют соотношения рентгеновских цифровых показателей. Изолированных изменений только в зоне поражения не бывает, а в процесс вовлекается вся кишка. Даже при дистальных формах поражения имеет место дискинезия в восходящем отделе толстой кишки. Подтверждено, что рентгеноколонометрия путем сравнения показателей длины, средних диаметров сегментов кишки, а также периметра рентгеновского силуэта толстой кишки и определения диагностического показателя решает вопрос распространенности поражения толстой кишки при хроническом колите. При показателе 6,18-7,04 диагностируется тотальная форма поражения стенки толстой кишки; при показателе 7,05-7,55 - субтотальная форма; при показателе 7,56-7,71 диагностируется левосторонняя форма поражения стенки толстой кишки; при показателе 7,72-7,79 - проктосигмоидит как форма хронического колита.

При поверхностном колите в первую очередь поражается круговая мускулатура, а при глубоком - в процесс вовлекаются как продольная мускулатура, так и подслизистые и межмышечные нервные сплетения. Морфологические нарушения поверхностных структур стенки толстой кишки четко определяются по величине диагностического показателя (ДП), в качестве которого используется отношение среднего диаметра силуэта сегмента толстой кишки при тугом бариевом заполнении к среднему диаметру его силуэта при двойном контрастировании. При получении величин ДП 1,29-1,14 диагностируется отсутствие поверхностных поражений стенки толстой кишки (норма); при ДП 1,13-0,96 - поверхностное поражение стенки толстой кишки в фазе компенсации; при ДП 0,95-0,76 имеет место поверхностное поражение стенки толстой кишки в фазе декомпенсации с заменой мышечных волокон циркулярного слоя соединительной тканью.

С помощью рентгеноколонометрии установлено, что при получении диагностического показателя (ДП) 1,19-1,24 отсутствуют поражения глубоких слоев стенки толстой кишки, при ДП 1,06-1,18 имеет место воспалительный процесс в глубоких слоях стенки толстой кишки, а при получении ДП 0,8- 1,05 диагностируются дегенеративно-дистрофические процессы в глубоких слоях стенки толстой кишки.

Разработанные нами диагностические цифровые коэффициенты явились объективными показателями в дифференциальной рентгенодиагностике хронического неязвенного колита и колонодискинезии. Разработанная новая технология рентгенодиагностики – рентгеноколонопланиметрия, позволила объективизировать интерпретацию и оценку рентгенологической картины хронического проктосигмоидита.

При УЗИ обследовании 38 больных хроническим проктосигмоидитом установлено, что менее инвазивным и достаточно информативным методом диагностики ХК является ультразвуковая ирригоскопия. Она позволяет выявить как функциональные признаки, так и морфологические проявления хронического проктосигмоидита. Среди морфологических признаков - нарушение эхогенности и толщины стенки кишки за счет утолщения элементов стенки и их уплотнения, или истончение стенки за счет атрофии подслизистого слоя, а также усиление или ослаб-

ление диссоциации слоев стенки кишки. Отмечалось также сглаженность, беспорядочность и утолщение складок в местах воспалительных проявлений. Морфологические особенности кишечной стенки у больных хроническим проктосигмоидитом, по данным УЗИ, чаще всего выражались в виде пятислойного строения и признаков дезинтеграции составляющих структур, что указывало на степень и глубину патологического процесса.

Выводы. Таким образом, проведенным исследованием установлено, что рентгеноколонометрия у больных хроническим проктосигмоидитом позволяет повысить качество диагностики до 95-98%, объективизирует рентгенологическую картину патологически измененной толстой кишки, определяет не только распространенность процесса, но и глубину поражения ее стенки. Сочетанное применение разных методов лучевой визуализации (ирригоскопия с колонометрией и ультразвуковой ирригоскопией) обеспечивает своевременную постановку диагноза хронического проктосигмоидита. Широкое внедрение УЗИ-диагностики проктосигмоидита в повседневную практику, особенно на поликлиническом этапе, может повысить эффективность диагностического процесса, сократит сроки обследования больных, позволит выявлять основные заболевания толстой кишки на ранних стадиях развития, что обеспечит своевременное патогенетическое лечение.

Список литературы

1. Дуброва, С.Э. Возможности лучевых методов в диагностике воспалительных заболеваний кишечника / С.Э. Дуброва, Г.А. Сташук // Альманах клинической медицины. – 2016. - N44(6). – С.757-769.
2. Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология / В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина, ред. // Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 754 с.
3. Воробьев, Г.И. Неспецифические заболевания кишечника / Г.И. Воробьев, И.Л. Халиф - М.: Миклош, 2008. - 422 с.
4. Diffusion-weighted MR imaging of the gastrointestinal tract: technique, indications, and imaging findings / Sinha R. [et al.] // Radiographics. – 2013. - N33(3). – P.655–676.
5. Thoeni, R.F. CT imaging of colitis / R.F. Thoeni, J.P. Cello // Radiology. -2006. - N240(3). – P.623–638.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ВРОЖДЁННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА

Шарипов М.А., Курбанов С.Х., Мирзохонов Н.Х., Мирзобеков К.С.

Кафедра травматологии и ортопедии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. При врождённом вывихе бедра у взрослых в настоящее время основным методом лечения является эндопротезирование тазобедренного сустава, что позволяет избавить больного от хромоты, болевого синдрома и укорочения конечности, а также восстановить объём движений и опороспособность конечности [1-2]. Многие ортопеды предпочитают использовать бесцементные ножки после выполнения укорочивающей остеотомии. Этот выбор обусловлен молодым возрастом пациентов и желанием предотвратить попадание цемента между остеотомированными фрагментами бедра [3]. Но у лиц пожилого возраста и без того снижены процессы регенерации, риск несостоятельности высок. Для цементного эндопротезирования с укорочивающей остеотомии важно избежать проникновения цемента между отломками бедра и сохранить надкостницу, настолько это важно. При цементном способе фиксации проникновение цемента в канал бедра снижает количество клеток костного мозга и уменьшает регенеративный потенциал эндоста [4]. К существенным преимуществам цементного способа фиксации можно отнести первичную стабильность, которая возникает сразу после полимеризации цемента и способствует консолидации фрагментов, успешное использование бесцементных модульных компонентов, однако отмечают, что при плохом качестве костной ткани и короткоопиленной шейке использование цементного способа фиксации предпочтительнее [5].

Исходя из приведённого, по нашему мнению, использование бесцементного и цементного эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с врождённым вывихом бедра соответственно молодым и пожилым пациентам является правильным выбором для получения положительного исхода.

Цель исследования. Проведение оценки эффективности видов бесцементного и цементного эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с врожденным вывихом бедра молодым и пожилым пациентам.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты бесцементного и цементного эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с врождённым вывихом бедра 44 пациентов в молодом и пожилом возрасте от 15 до 65 лет, которые находились в отделении ортопедии ГУ НМИЦ РТ на оперативном лечении в период с 2014 по 2018гг. Больные условно были разделены на две группы: 1 группа - 24 (54,5%) пациента молодого возраста, которым проведено бесцементное эндопротезирование тазобедренного сустава; 2 группа- 20 (45,5%) пациентов пожилого возраста, которым проведено цементное эндопротезирование сустава. Результаты оценивались по шкале Харриса. Сравнения проводились с исходными данными т.е до операции.

Полученные результаты обработаны разностной, вариационной статистикой (А.И. Ойвин 1966) с вычислением $M \pm m$ и с определением показателя статистической значимости различий (t). Разница считалась достоверной, если вероятность возможной ошибки (P), определенная по таблице Стьюдента, была меньше 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе результатов после операции методов бесцементного и цементного эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с врожденным вывихом бедра молодым и пожилым пациентам выявлено различие в положительных и отрицательных эффектах в обеих группах.

При анализе результатов операции 1 группы выявлены: несращения- 2,8%, выживаемость бедренных компонентов 97,2%, оценка по шкале Харриса составила 79 против 35 до операции.

При анализе результатов операции 2 группы выявлены: несращения—4,2%, выживаемость бедренных компонентом 94,1%. оценка по шкале Харриса составила 78 против 32 до операции.

Положительный результатов бесцементного эндопротезирования тазобедренного сустава у больных молодого возраста с врожденным вывихом бедра основанна том, что у них консолидация бедренного компонента происходит заметно лучше и регенеративная способность молодого организма весьма высока.

По причине того, что у больных пожилого возраста риск несращения из-за возраста высок, нами у этого контингента было использовано цементное эндопротезирование тазобедренного сустава так как отмечается надёжная фиксация сразу после полимеризации цемента и способствует биологической фиксации.

Приведенные нами результаты совпадают с данными других авторов.

Заключение. Таким образом, метод бесцементного эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с врожденным вывихом бедра молодым пациентам даёт надёжную фиксацию и позволяет избегать осложнений, связанны с цементным эндопротезированием тазобедренного сустава.

Цементное эндопротезирование тазобедренного сустава у больных с врожденным вывихом бедра пожилым пациентам позволяет надёжную первичную фиксацию и раннюю реабилитацию.

Список литературы

1. Сафаров Д.М. Результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при врождённом вывихе бедра. Вестник Авиценны. 2017;4:524-527.
2. Артыков К.П., Сафаров Д.М. Состояние антиоксидантной системы до и после реконструктивного эндопротезирования тазобедренного сустава при врождённом вывихе бедра. Вестник Авиценны.2016;3:14-7.
3. Абельцев В.П., Крымзлов В.Г., Переярченко П.В., Коволёв А.И., Бекетова И.В., Змиева С.В. Восстановительное лечение после эндопротезирования тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе. Кремлёвская медицина. Клинический вестник.2012;2:61-5.
4. Тряпичников А.С., Камшилов Б.В., Чегуров О.К., Зайцев О.П., Ермаков А.М. Некоторые аспекты эндопротезирования тазобедренного сустава с подвзвельной укорочивающей остеотомией при врождённом вывихе бедра (обзор литературы). Травматология и ортопедия России.2019;25(1):165-176.DoI:10.21823/2311-2905-2019-25-1-165-176.
5. Чегуров ОК, Нифтуллаев ЭГ. Лечение больной с врождённым вывихом бедра методом реконструктивного эндопротезирования. Гений ортопедии.2013;3:82-4.

КЛИНИКО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОРЕТИНОПАТИИ СЕТЧАТКИ

Шаронов М.Г., Ахмедова Н.Д.

ООО Диагностический центр «Нурафзо». Таджикистан

Актуальность. Центральная серозная хориоретинопатия (ЦСХ), распространённая патология, характеризующаяся идиопатической серозной отслойкой нейросенсорной сетчатки, преимущественно макулярной зоны [1]. В основе заболевания лежит нарушение гематоретинального барьера (тесный контакт между клетками пигментного эпителия). Процесс обычно возникает у соматически здоровых людей в возрасте от 20 до 50 лет, в анамнезе у которых довольно часто отмечаются эмоциональные стрессы, приступообразные головные боли мигренозного типа, а также приём гормонасодержащих препаратов. Мужчины заболевают чаще, чем женщины [2]. Классический симптомокомплекс ЦСХ складывается из одностороннего затуманивания зрения, «пятно» перед глазом, появления метаморфосий, микропсий, нарушения цветовосприятия и некоторого (чаще нерезкого) снижения остроты зрения. Характерным является улучшение остроты зрения при коррекции небольшими положительными стёклами - диоптрийный синдром.

Цель исследования. Изучить клиничко-томографические изменения изображений макулярной области методом оптической когерентной томографии при ЦСХ.

Материалы и методы исследования. Нами обследовано 12 мужчин, с подозрением на центральную серозную хориоретинопатию сетчатки. Средний возраст больных составил 29,8±1,4 года. Все пациенты прошли стандартное офтальмологическое обследование: визометрия, периметрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, оптическая когерентная томография. Оптическая когерентная томография (ОКТ) проводилась на томографе iVue-100 фирмы Optovue (США).

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам оптической когерентной томографии, у 9 (75%) больных отмечалось субретинальное скопление жидкости, что говорит в пользу серозной отслойки нейроэпителия сетчатки, у 3 (25%) больных отмечалось сочетание субретинального и субпигментного скопления жидкости, что наблюдается при серозной отслойке нейроэпителия сетчатки в сочетании с отслойкой пигментного эпителия сетчатки. Данная патология не требует лечения. Повторное ОКТ проводится через 1 мес. При положительной динамике, в сравнении с предыдущей томограммой, отёк уменьшается, либо совсем исчезает. Если отёк стационарный или имеет тенденцию к увеличению, необходимо провести ОКТ в сочетании с флуоресцентной ангиографией для определения дефективного участка пигментного эпителия сетчатки.

Выводы. Таким образом, оптическая когерентная томография позволяет точно поставить диагноз, а также охарактеризовать тип и течение патологического процесса.

Список литературы

1. Джей С. Дакер, Надия К. Вэхид, Дэрин Р. Голдман. Оптическая когерентная томография сетчатки—2019—стр. 82

2. Кански Д. Клиническая офтальмология. Систематизированный подход. Пер. с англ. 2 е издание / Д. Кански. -: Логосфера, 2009.
3. Bruno Lumbroso, Marco Rispoli. ОКТ сетчатки. Метод анализа и интерпретации. Пер. с англ. под общей редакцией В.В. Нероева, О.В. Зайцевой. Изд. Апрель Москва 2012
4. Fedra Hajizadeh. Atlas of Ocular Optical Coherence Tomography, 2012.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И МОНИТОРИНГЕ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Шаронов М.Г., Ахмедова Н.Д.

ООО Диагностический центр «Нурафзо». Таджикистан

Актуальность. Как известно, глаукома является одной из наиболее важных и актуальных проблем в офтальмологии и занимает одно из лидирующих мест среди причин неизлечимой слепоты и инвалидности в Таджикистане [1]. Важнейшим условием профилактики инвалидности от глаукомы является ранняя диагностика и адекватное диспансерное наблюдение (мониторинг). В тоже время отличить норму от ранней патологии и выявить начальные признаки прогрессирования – одна из самых сложных задач в работе с больными глаукомой. Установить диагноз глаукома на ранних стадиях заболевания, даже на основе огромного профессионального опыта врача методом офтальмоскопии диска зрительного нерва (ДЗН), очень сложно, а чаще невозможно. Исходя из этого для ранней диагностики первичной открыто-угольной глаукомы проводится оптическая когерентная томография (ОКТ) – высокотехнологичное диагностическое исследование [2]. Диагностические возможности ОКТ при глаукоме велики. Она позволяет оценить параметры ДЗН, слоя нервных волокон сетчатки и комплекса ганглиозных клеток, т.е. около 20 морфометрических параметров.

Цель исследования. Сравнительный анализ морфометрических параметров ДЗН, слоя нервных волокон сетчатки (СНВС) и комплекса ганглиозных клеток (КГК) сетчатки в ранней диагностике и мониторинге первичной открыто-угольной глаукомы.

Материал и методы исследования. Проведён анализ результатов обследования и наблюдения 40 глаз (27 человек, из которых 14 (51,8%) мужчин и 13 (48,2%) женщин). Средний возраст пациентов составил $52 \pm 15,2$ лет. Клинический материал был представлен двумя группами: контрольная группа - 11 человек (19 глаз) – лица с подозрением на глаукому, обратившиеся для профилактического осмотра, и вторую группу составили пациенты с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ) – 16 человек (20 глаз), из которых с I стадией глаукомы - 8 человек (13 глаз), со II стадией глаукомы - 5 человек (6 глаз), с III стадией глаукомы – 2 человека (3 глаза).

Всем пациентам проводились: визометрия, исследование поля зрения, биомикроскопия, офтальмоскопия, тонометрия (по методу Гольдмана и Маклакова), суточная тонометрия, тонография, пахиметрия, оптическая когерентная томография (круговое сканирование 3,4 мм вокруг ДЗН для измерения толщины слоя нервных волокон и измерения толщины комплекса ганглиозных клеток макулярной области).

Оптическая когерентная томография проводилась на томографе iVue-100 фирмы Optovue (США). В общей сложности методом ОКТ оценивались 20 морфометрических параметров.

Таблица 1. - Морфометрические параметры СНВС, ДЗН, КГК

1. Avg RNFL Thickness μm	Средняя толщина слоя нервных волокон сетчатки
2. Avg Superior RNFL μm	Верхний сегмент средней толщины слоя нервных волокон сетчатки
3. Avg Inferior RNFL μm	Нижний сегмент средней толщины слоя нервных волокон сетчатки
4. ST RNFL Thickness μm	Верхне-темпоральный сектор толщины СНВС
5. SN RNFL Thickness μm	Верхне-назальный сектор толщины СНВС
6. N RNFL Thickness μm	Назальный сектор толщины СНВС
7. IN RNFL Thickness μm	Нижне-назальный сектор толщины СНВС
8. IT RNFL Thickness μm	Нижне-темпоральный сектор толщины СНВС
9. T RNFL Thickness μm	Темпоральный сектор толщины СНВС
10. Disc Area мм	Площадь ДЗН
11. Cup/Discarearatio	Соотношение площади ДЗН к площади экскавации
12. Cup/Discverticalratio	Соотношение вертикального диаметра экскавации к диаметру ДЗН
13. Cup/Dischorisontalratio	Соотношение горизонтального диаметра экскавации к диаметру ДЗН
14. RimArea мм	Площадь нейроретинального пояса
15. CupVolume мм	Объем экскавации
16. GCC Average Thickness μm	Средняя толщина комплекса ганглиозных клеток сетчатки
17. Average Superior GCC μm	Верхний сегмент толщины комплекса ганглиозных клеток сетчатки
18. Average Inferior) GCC μm	Нижний сегмент толщины комплекса ганглиозных клеток сетчатки
19. FLV (%)	Фокальная потеря объема комплекса ганглиозных клеток
20. GLV (%)	Глобальная потеря объема комплекса ганглиозных клеток сетчатки

Результаты исследования и их обсуждение. В ранней диагностике глаукомы среди всех параметров ОКТ наиболее информативными оказались параметры комплекса ганглиозных клеток сетчатки (GCC Average Thickness).

На втором месте по информативности находилась характеристика толщины СНВС (Avg RNFL Thickness), причём не среднее её значение, а толщина в верхне-темпоральном (ST RNFL Thickness) и нижне-темпоральном (IN RNFL Thickness) секторах. Среди всех параметров ДЗН максимальной информативностью обладал объем нейроре-

тинального пояса (Rim Area мм), т.е. параметр, который также характеризует слой нервных волокон сетчатки. Меньшей диагностической значимостью обладал объем экскавации ДЗН (CupVolume мм).

Выводы. Морфометрическими параметрами, обладающими максимальной информативностью в ранней диагностике ПОУГ на основе ОКТ, являются характеристики комплекса ганглиозных клеток сетчатки (GCC Average Thickness).

В мониторинге ПОУГ наиболее информативны параметры слоя нервных волокон сетчатки (Avg RNFL Thickness), а именно секторальные изменения толщины СНВС в нижне-темпоральном (ST RNFL Thickness) и верхне-темпоральном отделах (IN RNFL Thickness).

Заключение. Метод оптической когерентной томографии обладает высокой разрешаемой способностью как в диагностике, так и в мониторинге глаукомы. К преимуществам ОКТ как метода исследования следует отнести его неинвазивность, отсутствие мириаза (что особенно важно при обследовании глаукомы), возможность количественной оценки, простоту и информативность динамического наблюдения за пациентами, необходимость повторного обследования.

Список литературы

1. Шпак, А.А. Оптическая когерентная томография: проблемы и решения / А.А. Шпак. - Москва, 2019. – 34с.
2. Джей С. Дакер. Оптическая когерентная томография сетчатки / Джей С. Дакер, Надия К. Вэхид, Дэрин Р. Голдман. – 2019. – С. 39.
3. Егоров Е.А. Национальное руководство по глаукоме для поликлинических врачей / Е.А. Егоров, Ю.С. Астахов, А.Г. Щуко – Москва, 2008 – 218 с.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Школьник М.И.¹, Мираков Р.С.², Богомолов О.А.¹, Прохоров Д. Г.¹

¹-ФГБУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. ак. А.М. Гранова МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

²- Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. Оперативное лечение опухолей единственной почки остается сложной проблемой в онкоурологии. Данная патология составляет 2 % всех злокачественных опухолей [1]. Оптимальным методом лечения данной категории больных является резекция почки, позволяющая избежать ренопривного состояния и программного гемодиализа в послеоперационном периоде [2]. Большинство урологов отмечают необходимость лечения данной группы пациентов в специализированных центрах, в виду высокого риска развития интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений.

В клиническом наблюдении мы приводим пример лечения пациента с опухолью единственной оставшейся почки.

Цель исследования состоит во внедрении малоинвазивного видеолапароскопического доступа в качестве альтернативы открытым оперативным вмешательствам при наличии опухоли единственной почки.

Материал и методы исследования. Пациент М. 53 лет. В 1985 году, по поводу гидронефротической трансформации правой почки III ст. была выполнена нефрэктомия справа, в дальнейшем пациент находился под наблюдением уролога, нефролога в поликлинике по месту жительства. Признаков ХПН не отмечалось. В апреле 2017 года, при плановом медицинском обследовании по данным ультразвукового исследования (УЗИ) брюшной полости выявлено образование верхней трети левой почки размерами 3.5×3×2.5см. С целью уточнения диагноза пациенту 20.04.2017 года выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов брюшной полости: выявлено новообразование верхней трети единственной почки. Размерами 3.1×2.7×2.3см., интраорганное, прилежит к чашечно-лоханочной системе (ЧЛС) (Рисунки 1 и 2).

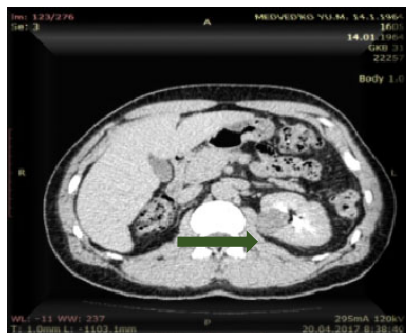


Рис.1.МСКТ с в/в контрастированием, выделительная фаза (указано стрелкой)

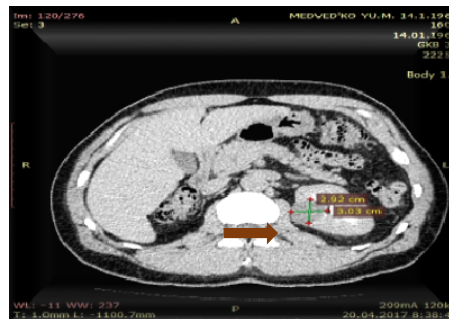


Рис.2.Наличие опухоли левой почки (указано стрелкой)

В ФГБУ РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова пациент обратился в мае 2017 года, диагноз при направлении: Опухоль единственной левой почки сT1N0M0. Данные физикального обследования: поясничная область не изменена, безболезненна при поколачивании. Почки не пальпируются. Определяется послеоперационный рубец, линейной формы длиной 10см в поясничной области справа - последствия нефрэктомии справа в 1985г. Патологических изменений в анализах крови и мочи не выявлено. КТ органов грудной клетки от 20.04.2017: КТ признаков патологии

органов грудной полости не выявлено. Остеосцинтиграфия от 25.04.2017: Сцинтиграфических признаков специфического поражения костей не выявлено.

Результаты исследования и их обсуждение. С учетом наличия единственной левой почки и данных МСКТ принято решение о выполнении лапароскопической резекции единственной оставшейся левой почки. После соответствующий общеклинических методов исследования и подготовки 24.05.2017 выполнена: лапароскопическая резекция единственной оставшейся левой почки. Пациент был уложен в положение Тренделенбурга под углом 15° на правый бок. Во время операции поддерживался пневмоперитонеум 12 мм.рт.ст. Первым этапом была вскрыта брюшина по линии Тольда слева. Почка была мобилизована по передней, задней и латеральной поверхностям. В верхний третий левой почки визуализировано образование размерами 3.1×3×2.5см. Далее была мобилизована почечная ножка. Учитывая наличие единственной почки, было принято решение о выполнении операции без выключения кровотока и тепловой ишемии. Выполнена отсепаровка паранефральной клетчатки по дистальному краю опухоли. Далее была выполнена резекция опухоли с использованием ультразвукового скальпеля «Harmonic». Во время резекции опухоли визуализация зоны операции осуществлялась с помощью вакуумного аспиратора. Во время пересечения артерии, питающей опухоль отмечено интенсивное кровотечение, культя сосуда была прошита нитями PROLENE 3.0. Во время резекции была вскрыта верхняя группа чашечек, дефект ЧЛС был ушит нитями VICRIL 2.0. С целью минимизации ишемии и некроза паренхимы почки от наложения гемостатических швов было решено отказаться. Окончательный гемостаз был достигнут с помощью гемостатической губки «Тахокомб» [Такеда]. Операция завершена дренированием зоны операции.

Гистологическое заключение 02.06.2017: Папиллярный рак почки, I-тип, Grade 1. Хирургический край - отрицательный.

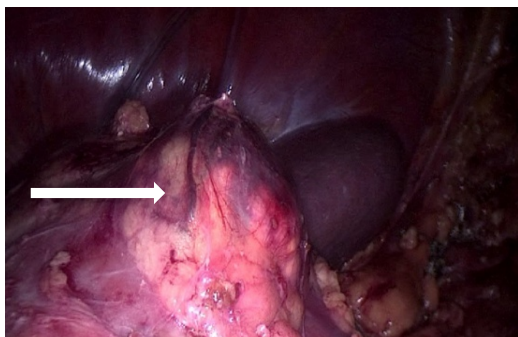


Рисунок 3. - Опухоль левой почки (указано стрелкой)

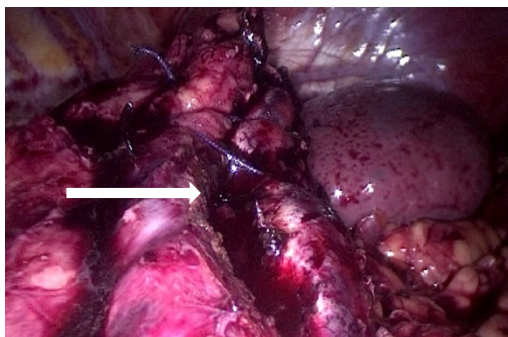


Рисунок 4. - Левая почка после лапароскопической резекции. (указано стрелкой)

На 2-е сутки послеоперационного периода у пациента отмечено поступление по дренажу геморрагического отделяемого в объеме 400 мл. Пациенту экстренно выполнена ангиография левой почечной артерии. Выявлена экстравазация контрастного вещества через культю верхней сегментарной артерии почки. рис.5. Выполнена селективная механическая эмболизация верхней сегментарной артерии. рис.6.

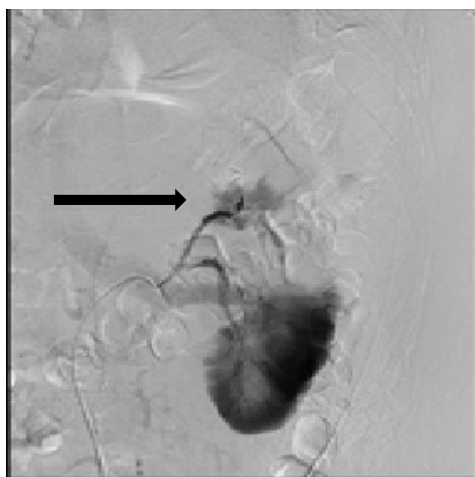


Рисунок 5. - Ангиография левой почечной артерии. Экстравазация контрастного вещества спиральным эмболом

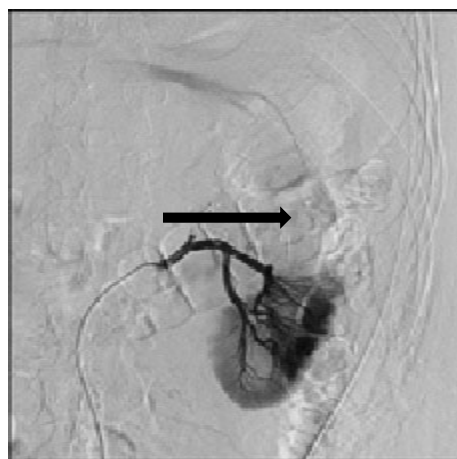


Рисунок 6. - Контроль после суперселективной эмболизации через культю верхней сегментарной артерии. Экстравазации контрастного вещества нет

После эмболизации отмечено постепенное уменьшение отделяемого по дренажу до 30 мл.

На 7 сутки послеоперационного периода у пациента отмечено поступление по дренажу светло-желтого отделяемого объемом около 500 мл. При биохимическом анализе отделяемого: (Мочевина – 12.8ммоль/л; Креатинин – 488ммоль/л), что расценено как формирование мочевого свища.

Пациенту выполнена цистоскопия, ретроградная уретеропиелография. Выявлена экстравазация контрастного вещества через верхнюю группу чашечек. рис.7. Выполнено стентирование левого мочеточника, установлен

двухпетлевой антирефлюксный мочеточниковый стент «COLOPLAST» Fr 6. Выделение мочи по дренажу прекратилось на 8 сутки.

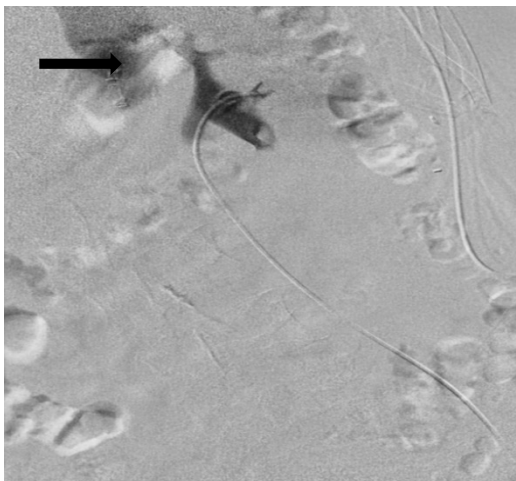


Рисунок 7. - Ретроградная уретеропиелогрфия. Экстравазация контрастного вещества через верхнюю группу чашечек

Дренаж удален на 9 сутки. Пациент выписан из стационара на 11-е сутки после резекции почки в удовлетворительном состоянии. Мочеточниковый стент удален амбулаторно через 4 недели от постановки мочеточникового стента. Через 6 месяцев после оперативного вмешательства 26.12.2017 пациенту выполнена МРТ брюшной полости. На фоне послеоперационных изменений признаков прогрессирования патологического процесса в зоне исследования не выявлено (Рис. 8;9).

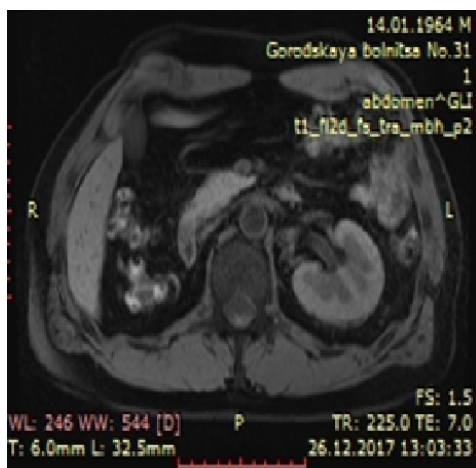


Рис. 8. - МРТ,Т1 с жироподавлением и в/в контрастированием,

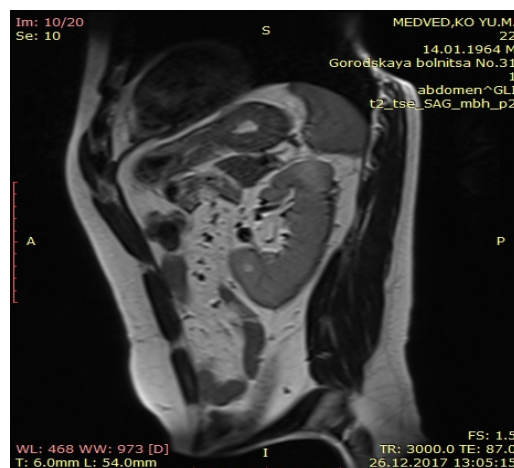


Рис.9. - МРТ,Т2 ВИ в сагиттальной плоскости

Выводы:

- Малоинвазивный видеолапароскопический доступ является альтернативой открытым оперативным вмешательствам в т.ч. при наличии опухоли единственной почки.
- С целью уменьшения зоны некроза почечной паренхимы лапароскопическая резекция единственной почки должна выполняться по возможности без тепловой ишемии, с минимальным наложением гемостатических швов.
- Прилежание резецируемой опухоли к ЧЛС сопряжено с высоким риском интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, таких как кровотечение и формирование мочевого свища.
- Условия специализированного стационара позволяют проводить лечение осложнений малоинвазивными методами, без выполнения повторных оперативных вмешательств.

Список литературы

1. Алексеев, Б.Я. Лапароскопическая резекция почки / Б.Я. Алексеев, И.Г. Русаков, В.А. Поляков // Российский онкологический журнал. - 2006. - №6. - С. 16-20.
2. Аляев, Ю.Г. Локализованный и местно-распространенный рак почки: нефрэктомия или резекция / Ю.Г. Аляев, А.А. Крапивин // Онкоурология. - 2005. - № 1. - С. 10-15.
3. Лапароскопическая хирургия в онкоурологии / проф. В. Б Матвеева, д.м.н. Б.Я. Алексеева. – Москва, 2007. – С.92-106.
4. Матвеев, В.Б. Роль лапароскопической хирургии в лечении опухолей почки / В.Б. Матвеев, И.Г. Комаров // Онкоурология. – 2005. – С.5-9.

5. Матвеев, В.Б. Органосохраняющее лечение при раке почки / В.Б. Матвеев / В кн.: Клиническая онкоурология. - М.: Вердана, 2003. - С. 64- 68.
6. Ранние функциональные результаты хирургического лечения опухолей единственной почки / Л.Н. Суслов, О.Г. Суконко, О.В. Красько, С.Л. Поляков // Онкоурология. - 2017. – С.45-52.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И РАННИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ 2D И 3D ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ

¹Школьник М.И., ²Мираков Р.С., ¹Белов А.Д., ¹Прохоров Д.Г.

¹- ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. ак. А.М. Гранова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия

²-Кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. Радикальная простатэктомия (РПЭ) остается «золотым» стандартом лечения больных локализованным раком предстательной железы (РПЖ) [1]. Малоинвазивные методики выполнения РПЭ продемонстрировали свое преимущество перед открытым доступом по показателям интраоперационных осложнений и ранним функциональным результатам при сопоставимой онкологической безопасности [2]. Вместе с тем, робот-ассистированные РПЭ, позволяющие добиться максимальной точности манипуляций и высококачественной визуализации, являются относительно дорогими операциями, что закономерно препятствует их более широкому внедрению в клиническую практику онкологических стационаров. В то же время, улучшение функциональных результатов РПЭ является одной из основных задач современной онкоурологии [3]. В последнее десятилетие все большее применение находят 3D лапароскопические установки, которые обеспечивают качественную стереоскопическую визуализацию, что особенно важно на реконструктивных этапах операции. В условиях отечественного здравоохранения внедрение таких оптических систем представляется оптимальным решением для улучшения функциональных результатов РПЭ. Это диктует необходимость оценки преимуществ и недостатков использования 3D-HD лапароскопических установок при выполнении малоинвазивной РПЭ.

Цель исследования: оценить функциональные и ранние онкологические результаты при выполнении 2D и 3D лапароскопической простатэктомии у больных локализованным РПЖ.

Материалы и методы исследования. В 2016-2017 гг в ФГБУ РНЦРХТ им. ак. А.М. Гранова выполнены 124 лапароскопические РПЭ по поводу локализованного РПЖ: 71 с использованием 2D-HD и 53 с использованием 3D-HD лапароскопических систем Karl Storz®. Минимальный срок наблюдения за пациентами составил 3 месяца, максимальный – 24 месяца. Все операции выполнены двумя операционными бригадами по единой хирургической технике. Во всех случаях использовался экстраперитонеоскопический доступ. Центральный 10-мм оптический троакар устанавливался по срединной линии живота на 1 см ниже пупка. При использовании конвенциональной 2D-HD Karl Storz® лапароскопической стойки применяли 10 мм 0° оптику, при выборе 3D-HD Karl Storz® лапароскопической стойки камеру с 10 мм 0° двухканальным стереолапароскопом. 3D видео выводилось на 3D-HD Karl Storz® монитор, также хирургической бригадой использовались поляризационные очки. Дополнительно в правой и левой подвздошных областях под оптическим контролем устанавливались 4 троакара - один 12-мм и три 5 мм. Простатэктомию выполняли антеградно от мочевого пузыря, сохраняя его шейку. Семенные пузырьки удалялись во всех случаях, при необходимости выполняли сохранение одного или двух сосудисто-нервных пучков. Дорзальный венозный комплекс пересекали с применением биполярной коагуляции либо ножницами после предварительного его прошивания. Везикоуретральный анастомоз формировали непрерывно с применением нити *V-loc 3/0 23* см. Всем больным выполнялась регионарная лимфодиссекция из области запирательной ямки с обеих сторон. Катетеризацию мочевого пузыря проводили силиконовым катетером Фолея №22. Дренаж в малый таз устанавливался всем больным.

Для достижения поставленной цели оценивались общее время операции, отдельно время этапа простатэктомии и время формирования везикоуретрального анастомоза, кровопотеря, интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения по классификации Clavien-Dindo [4], ранние функциональные результаты, хирургический край, изменение клинической стадии частота развития биохимического рецидива. Последний определяли как последовательное повышение уровня ПСА выше 0,2 нг/мл [1].

Для статистического анализа использовали программный комплекс MedCalc 14.12.0 (MedCalc Software, Бельгия). Для характеристики интервальных переменных, имеющих нормальное распределение, использовали среднее значение (M) и стандартное отклонение (s), для характеристики порядковых и интервальных переменных, не подчиняющихся нормальному распределению - медиану (Me) и межквартильный размах (IQR). Для оценки различий групп с нормальным распределением признака использовали t-критерий Стьюдента. Для оценки различий между двумя группами в отсутствие приближенно нормального распределения признака применяли U критерий Манна-Уитни. Для оценки взаимосвязи качественных признаков применяли метод построения таблиц сопряженности (критерий Хи-квадрат Пирсона). Критерием статистической достоверности получаемых выводов считали уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждения. Общая характеристика больных РПЖ, включенных в исследование, представлена в таблице 1. Обе группы пациентов статистически значимо не различались по возрасту, индексу массы тела, предоперационному уровню ПСА и сумме баллов по шкале Глисона.

Общее время операции в обеих группах достоверно различалось - 152 мин (100-192 мин) в группе 2D и 126 мин (90-154 мин) в группе 3D, $p < 0,05$. При этом сокращение времени операции во второй группе было достигнуто за счет уменьшения продолжительности реконструктивного этапа (38±4 мин против 26±4 мин, $p < 0,05$). Статистически значимых различий по времени, затраченному непосредственно на этап простатэктомии, выявлено не было.

Достоверные различия также были установлены по показателю объема кровопотери. В первой группе данный параметр составил 240 ± 80 мл, во второй - 190 ± 70 мл, $p < 0,05$.

Таблица 1. - Сравнительная характеристика больных, включенных в исследование

Показатель	2D	3D	p
Возраст, М±s, г.	61,2±3,4	63,1±3,6	>0,05*
ИМТ, М±s	25,7±2,1	26,8±1,9	>0,05*
Уровень ПСА, Ме (IQR), нг/мл	8,1 (6,2-14,8)	8,9 (5,9-16,8)	>0,05**
Сумма баллов по шкале Глисона, М±s	6,5±0,6	6,4±0,5	>0,05*

* t-критерия Стьюдента ** U критерий Манна-Уитни

Ни в одном из случаев не потребовалось конверсии операции в открытую. Среднее время катетеризации мочевого пузыря в послеоперационном периоде составило 7 ± 2 дня в обеих группах больных. Среднее время дренирования малого таза также достоверно не различалось и составило $2,3 \pm 0,6$ и $2,4 \pm 0,7$ дней в группе 2D и 3D, соответственно. Статистически значимых различий по длительности госпитализации больных в исследуемых группах не выявлено.

Анализ ранних послеоперационных осложнений проводился в соответствии с классификацией Clavien-Dindo и представлен в таблице 2. В обеих группах больных РПЖ частота осложнений достигала 22%, при этом более 90% из них относились к категории легких и умеренных (grade 1-2). В группе пациентов, перенесших простатэктомию в режиме 2D, отмечено единственное тяжелое осложнение - несостоятельность пузырно-уретрального анастомоза, что потребовало стентирования обоих мочеточников под эпидуральной анестезией. В другой группе больных одному пациенту потребовалось дренирование клинически значимого лимфоцеле под УЗ - контролем в условиях местной анестезии. Достоверных различий по частоте и тяжести развития ранних послеоперационных осложнений в зависимости от типа используемой лапароскопической системы выявлено не было.

Таблица 2. - Ранние послеоперационные осложнения в группах больных

Степень осложнения	2D (n-71)	3D (n-53)
Grade 1		
Отек мошонки	3	1
Гематурия	2	2
Выпадение уретрального катетера	2	1
Лихорадка	3	3
Grade 2		
Гемотрансфузия	2	0
Орхоэпидидимит	1	0
Лимфорей	2	4
Grade 3a		
Дренирование лимфоцеле	0	1
Grade 3b		
Несостоятельность пузырно-уретрального анастомоза	1	0
Grade 4a-b/5		
Общее число осложнений ($p > 0,05^*$)	16 (22,5%)	12 (22,7%)

* Хи-квадрат Пирсона

В ходе анализа поздних послеоперационных осложнений (более 90 дней после простатэктомии) анализировались континентность и частота развития стриктуры пузырно-уретрального анастомоза. Процент недержания мочи спустя 3 месяца после оперативного лечения достоверно не различался в обеих группах больных и составлял 15,5% в первой и 13,2% во второй группах. При этом 3 и более прокладки в сутки вынуждены были использовать только 4,2 и 3,8 % больных, соответственно ($p > 0,05$). Стриктура пузырно-уретрального анастомоза была выявлена у 1 больного группы 2D конвенциональной лапароскопической простатэктомии. Больному выполнено трансуретральное лазерное рассечение стриктуры уретры с положительным эффектом.

По данным патоморфологического исследования операционного материала у больных группы конвенциональной 2D простатэктомии экстракапсулярное распространение опухоли (стадия $pT3a$) выявлено у 5 (7,0%) пациентов, инвазия в семенные пузырьки (стадия $pT3b$) – у 5 (7,0%), положительный хирургический край ($R+$) - у 7 (9,9%), опухолевое поражение лимфатических узлов ($pN+$) – у 2 (2,8%) пациентов. За время послеоперационного наблюдения в этой группе больных (Ме – 12,2 месяцев) биохимический рецидив развился у 7 (9,9%) пациентов.

В группе больных, перенесших лапароскопическую простатэктомию в режиме 3D, соответствующие патоморфологические показатели были следующие: стадия $pT3a$ выявлена у 3 (5,7%), стадия $pT3b$ – у 2 (3,8%), $R+$ - у 6 (11,3%), $pN+$ - у 1 (1,9%) больного. Медиана послеоперационного наблюдения составила 10,8 месяцев. Биохимический рецидив развился у 3 (5,7%) пациентов.

За время наблюдения клиническое прогрессирование было выявлено у 3 больных первой группы и 1 больного второй группы. Выполненная ПЭТ-КТ с ^{11}C холином позволила установить продолженный рост опухоли в ложе удаленной железы у 1 больного первой группы. У остальных трех пациентов было выявлено метастатическое поражение тазовых лимфоузлов. Ни один из пациентов исследуемой когорты не умер за время наблюдения.

Результаты исследования и их обсуждение. Широкое внедрение популяционного скрининга на уровень ПСА привел к резкому росту выявления РПЖ, в том числе среди молодых мужчин. И если онкологические резуль-

таты хирургического лечения локализованного РПЖ выглядят оптимистично, то функциональные до сих пор остаются субоптимальными и требуют дальнейшего улучшения. В настоящее время континентность и потенция являются такими же неотъемлемыми показателями успешности РПЭ, как и онкологические показатели [5]. Многочисленные исследования утверждают, что вне зависимости от выбранного доступа (открытый, лапароскопический или робот-ассистированный) онкологические результаты сопоставимы. При этом малоинвазивные способы достоверно снижают степень хирургической травмы, объем кровопотери и частоту гемотрансфузии и как следствие, снижается койко-день, длительность катетеризации и реабилитационный период [6].

В настоящее время роботизированные РПЭ с применением системы DaVinci® показывают наиболее высокие результаты по функциональным показателям. Однако высокая себестоимость операций значительно препятствует широкому внедрению данной техники в клиническую практику. Согласно последним данным, представленным на ежегодном конгрессе урологов в 2018 году в Копенгагене, в развивающихся странах внедрение системы DaVinci® экономически нецелесообразно [1].

Успешное достижение функциональных результатов во многом определяется качественной визуализацией в ходе оперативного вмешательства. В этом контексте использование традиционной 2D лапароскопии, не дающей чувства глубины, затрудняет манипуляцию инструментами, особенно в ходе реконструктивного этапа. Это также является причиной достаточно длинной кривой обучения молодых хирургов [7].

Внедрение 3D лапароскопии в клиническую практику было призвано улучшить пространственную ориентацию в ходе вмешательства и сократить кривую обучения без значимого удорожания стоимости операции. В ранних исследованиях действительно были показаны преимущества в скорости обучения молодых специалистов на симуляторах и тренажерах [6,7]. Однако в более поздних работах получены противоречивые данные как по параметрам обучения хирургов, так и непосредственно по результатам применения 3D лапароскопических систем в реальной хирургической практике [6-7].

3D - системы не лишены недостатков ряд работ демонстрируют, что хирурги, работающие на 3D системах, нередко страдают от головной боли и тошноты в ходе хирургического вмешательства [7]. При этом данная проблема до сих пор остается нерешенной и в определенной степени ограничивает широкое применение указанных установок.

В нашем исследовании проведенный анализ наглядно демонстрирует, что по ранним онкологическим и функциональным результатам, так же, как и по частоте и тяжести послеоперационных осложнений, достоверных различий в зависимости от используемой лапароскопической установки нет. Преимущество 3D визуализации реализуется на этапе реконструктивного этапа формирования пузырно-уретрального анастомоза, что закономерно приводит к сокращению затрачиваемого на этот этап времени и уменьшению общей продолжительности операции. Также выявлены достоверные преимущества стереоскопической системы по объему интраоперационной кровопотери, что вероятно, связано с лучшей визуализацией кровеносных сосудов.

Вместе с тем, наша пилотная работа имеет ряд существенных ограничений, т.к. носит ретроспективный характер и основана на сравнительно коротком периоде наблюдения.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о преимуществе использования стереоскопических лапароскопических установок перед традиционными 2D по показателям продолжительности операции и времени реконструктивного этапа, а также по объему интраоперационной кровопотери. Необходимы дополнительные проспективные рандомизированные исследования, анализирующие значительный клинический материал с длительным периодом послеоперационного наблюдения.

Список литературы

1. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Copenhagen 2018. ISBN 978-94-92671-01-1.
2. Hakimi AA, Feder M, Ghavamian R. Minimally invasive approaches to prostate cancer a review of the current literature. *Urol J.* 2007;4:130–7.
3. Patel VR, Sivaraman A, Coelho RF, et al. Pentafecta: a new concept for reporting outcomes of robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2011;59(5):702–7. doi:10.1016/j.eururo.2011.01.032
4. Dindo D, Demartines N, Clavien P. Classification of surgical complications. *Ann Surg.* 2004;240:205–13. doi:10.1007/978-1-4471-4354-3_3
5. Schroeck FR, Krupski TL, Sun L, et al. Satisfaction and regret after open retropubic or robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2008;54:785–93. doi:10.1016/j.eururo.2008.06.063
6. Robertson C, Close A, Fraser C, et al. Relative effectiveness of robot-assisted and standard laparoscopic prostatectomy as alternatives to open radical prostatectomy for treatment of localised prostate cancer: a systematic review and mixed treatment comparison meta-analysis. *BJU Int.* 2013;112(6):798–812. doi:10.1111/bju.12247
7. Abdelshehid CS, Eichel L, Lee D, et al. Current trends in urologic laparoscopic surgery. *J Endourol.* 2005;19:15–20. doi:10.1089/end.2005.19.15

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕМИНЕФРЕКТОМИЯ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ

¹Школьник М.И., ²Р.С. Мираков, ¹Прохоров Д.Г., ¹Богомолов О.А.

¹ - ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий имени академика А.М. Гранова» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия; ² – кафедра урологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. Подковообразная почка – наиболее распространенная аномалия формы почек, встречающаяся у 0,25% населения и характеризующаяся сращением, как правило, нижних полюсов почек [3]. Анатомическими особенностями подковообразных почек являются их значительная фиксация к соседним структурам, сложная си-

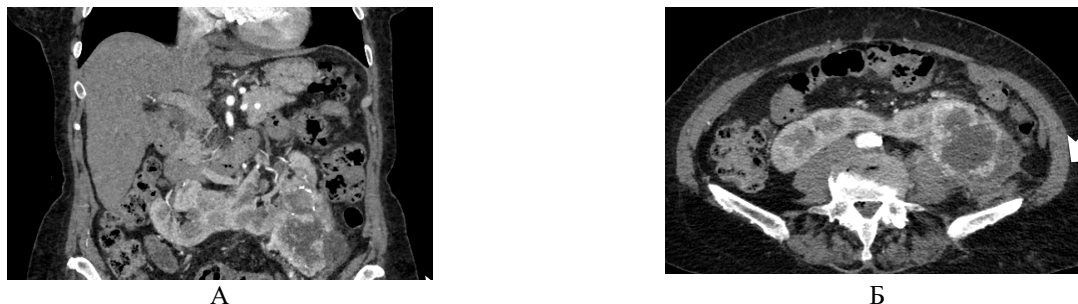
стема кровоснабжения, наличие нескольких мочеточников и дистопии органа. Фиксация почки является результатом ее многочисленных сосудистых связей с магистральными сосудами. Как правило, подковообразные почки кровоснабжают от 3 до 5 артерий к каждой половине. При этом питающие артерии нередко отходят не только от аорты, но и от общих подвздошных, нижних брыжеечных и других артерий. В 60% случаев перешеек почки, чаще располагающийся спереди от аорты, имеет собственную короткую артерию, впадающую в него по задней поверхности. Вены подковообразной почки менее многочисленны и впадают в нижнюю полую или общую подвздошную вену [2].

Опухоли подковообразных почек – крайне редкая патология [4]. По данным литературы описано не более 300 клинических случаев данного заболевания. Наиболее часто при данном заболевании выполняется геминефрэктомия, реже - при небольших размерах опухоли, резекция подковообразной почки. В последние десятилетия хирургическое лечение рака почки преимущественно осуществляется малоинвазивным лапароскопическим доступом. Вместе с тем, сложная хирургическая, в первую очередь, сосудистая, анатомия подковообразных почек и редкость данной патологии являются для многих хирургов преградой для выбора малоинвазивного доступа.

Особенностью клинического случая является успешное оперативное лечение местно-распространенной злокачественной опухоли подковообразной почки с использованием лапароскопического доступа.

Цель исследования - хирургическое лечение редкой патологии - местно-распространенного светлоклеточного рака подковообразной почки с применением лапароскопического доступа. Лапароскопическая геминефрэктомия при опухоли нижнего полюса подковообразной почки размерами 87,8x65,8x89,6 мм с инвазией в поясничные и подвздошные мышцы.

Материалы и методы исследования. Пациентка П., 64 года при плановом обращении в поликлинику по месту жительства в связи с болями в суставах выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, где выявлена опухоль нижнего сегмента левой почки, в связи с чем пациентке выполнена многослойная спиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастным усилением. Выявлена одна подковообразная почка, срастающаяся в нижнем полюсе. Правая половина почки до 129,1 x 55,2 x 41,1 мм, левая до 121,7 x 63,6 x 55,0 мм. Паренхима неструктурная, в проекции нижнего полюса левой половины почки - опухоль неоднородной кистозно-солидной структуры, с элементами обызвествления, неравномерно накапливающая контрастное вещество, размеры опухоли до 87,8 x 65,8 x 89,6 мм (рис. 1).



А

Б

Рис. 1. - МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием.

Опухоль нижнего полюса левой половины подковообразной почки.

А – корональная плоскость, Б – аксиальная плоскость

Чашечки и лоханки не расширены, не деформированы. Образование интимно прилежит к левой поясничной и подвздошной мышцам с признаками их инвазии. Почка имеет две артерии, 4 вены, впадающие в нижнюю полую вену и одну отходящую от нижнего края объемного образования, впадающую в левую подвздошную вену. От верхнего полюса образования отходят вены, впадающие в правую и левую почечные вены. По данным МСКТ не исключалась инвазия опухоли в подвздошные сосуды слева и сигмовидную кишку, что не получило подтверждения в дальнейшем. При обследовании у пациентки выявлено снижение гемоглобина до 82 г/дл, аНСV+, а также сопутствующая патология: Гипертоническая болезнь III высокого риска, хроническая сердечная недостаточность I, пневмосклероз, хронический диффузный атрофический гастрит, хронический вирусный гепатит С, анемия смешанного генеза Grade 2. При комплексном обследовании признаков внеорганного распространения опухоли выявлено не было. Установлен диагноз – опухоль левой половины подковообразной почки сT4N0M0, IV стадия. Пациентке выполнено оперативное вмешательство в объеме лапароскопической резекции левой половины подковообразной почки с опухолью, резекция левой поясничной и подвздошной мышцы под эндотрахеальным наркозом (ЭТН). Под ЭТН, в положении пациентки на правом боку после наложения карбоксиперитонеума установлены 3 троакара: оптический, 10-мм, по параректальной линии слева на уровне пупка и два рабочих 5-мм троакара (рис. 2).

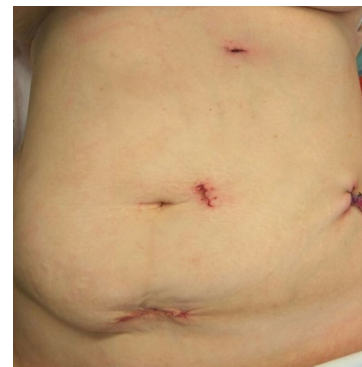


Рис. 2. - Вид после операции – расположение троакаров: оптический, 10-мм, по параректальной линии слева на уровне пупка; два рабочих 5-мм троакара - в левом подреберье и в левой подвздошной области

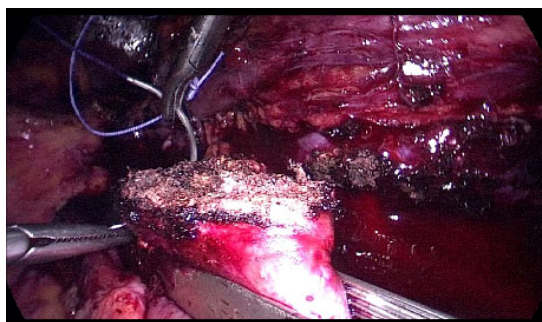
При ревизии выявлена опухоль нижнего полюса левой половины подковообразной почки, врастающая в большую поясничную и подвздошную мышцу,

а также интимно прилежащая к левым подвздошным сосудам. После выполнения парааортальной лимфодиссекции мобилизована левая половина почки и ее артериальные и венозные сосуды - 3 артерии, идущие к почке (2 - от аорты, 1 - от левой общей подвздошной артерии), а также 5 вен, самостоятельно впадающих в нижнюю полую вену. Первым этапом выполнено клипирование и пересечение всех артериальных сосудов. Далее поочередно клипированы и пересечены все 5 вен, идущих от левой половины подковообразной почки. Следующим этапом с помощью лапароскопического зажима Симона (Simon Renal Pole Clamp® фирмы Aesculap) выполнено пережатие перешейка почки с целью создания локальной ишемии без выключения кровотока по артерии, идущей к перешейку. Последний пересечен, окончательный гемостаз достигнут за счет монополярной коагуляции и гемостатических викариловых швов (рис. 3).



Рис. 3. - Снимки зоны операции.

А - Пересечение пережатого перешейка с использованием зажима Симона и биполярного крючка



Б - Прошивание перешейка подковообразной почки



В - Этап удаления опухоли с мышцами в пределах здоровых тканей

Далее с помощью аппарата LigaSure® (Valleylab) выполнено удаление единым блоком почки с опухолью и прилежащими мышечными структурами, вовлеченными в паратуморальный процесс (рис. 4).

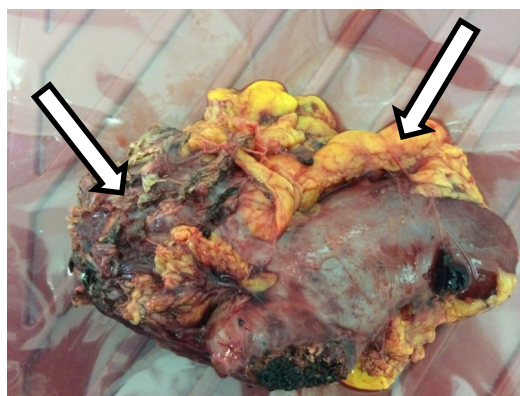


Рисунок 4. - Макропрепарат. Половина подковообразной почки с опухолью и прилежащими тканями

Результаты исследования и их обсуждение. Продолжительность операции составила 180 минут, объем кровопотери 700 мл. В связи с исходной анемией и кровопотерей интраоперационно произведена трансфузия трёх доз эритроцитарной массы. Дренаж удален на 2-е сутки послеоперационного периода, швы сняты на 10-е. При морфологическом исследовании был выявлен светлоклеточный рак почки, Fuhrman grade IV, с инвазией в синус почки, околопочечную клетчатку и фасцию Героты. Лимфатические узлы – без опухолевых элементов. В послеоперационном периоде отмечено умеренное нарушение опорно-двигательной функции левой нижней конечности. Осмотрена неврологом: признаки невропатии левого подвздошно-крестцового сплетения, связанные с объемом операции и локальными послеоперационными изменениями, что потребовало дополнительного пребывания пациентки в стационаре. На фоне проведенной терапии отмечена отчетливая положительная динамика в виде восстановления опорной функции конечности и значительного улучшения двигательной функции. Срок госпитализации составил 21 день. Снимки магнитно-резонансной томографии через 7 дней после операции представлены на рисунке 5. Подковообразная почка имеет сложное анатомическое строение, что делает хирургическое лечение рака почки, даже открытым доступом, технически сложной задачей. Применение МСКТ с контрастированием позволяет адекватно оценить форму, размеры и сосудистую архитектуру подковообразной почки [1]. Наличие местнораспространенной опухоли, интимно прилегающей к магистральным сосудам, значительно усложняет задачу хирурга [5, 3]. Поэтому выбор хирургического доступа должен осуществляться индивидуально для каждого пациента с учетом анатомических особенностей строения подковообразной почки, размера опухоли и ее локализации, а также предпочтений и опыта оперирующего врача. Вместе с тем, данные литературы свидетельствуют о равной эффективности различных способов доступа при вмешательствах на подковообразных почках. Особенностью клинического случая является успешное оперативное лечение местнораспространенной злокачественной опухоли подковообразной почки с использованием лапароскопического доступа. Остается дискуссионным способ пересечения перешейка почки при лапароскопическом доступе. Пересечение степлером или лигирование перешейка не всегда позволяют адекватно контролировать интраоперационное кровотечение и добиться надежного окончательного гемостаза [5]. В нашем случае для пересечения перешейка мы использовали лапароскопический зажим Симона, а окончательный гемостаз был достигнут за счет монополярной коагуляции и гемостатических викриловых швов.

Выводы. Таким образом, выполнение лапароскопической геминефрэктомии даже при местнораспространенном раке подковообразной почки является безопасной альтернативой открытой полостной операции.

Список литературы

1. КТ-визуализация рака подковообразной почки / А.Л. Долбов [и др.] // Лучевая диагностика и терапия. – 2017. – №2. – С. 26-32.
2. Alamer, A. Renal cell carcinoma in a horseshoe kidney: radiology and pathology correlation / A. Alamer // J Clin Imaging Sci. – 2013. – Vol.3. – P. 12.
3. Greene, G.F. Renal cell carcinoma with caval thrombus extending to the right atrium in a horseshoe kidney: a unique surgical challenge / G.F. Greene, N.K. Bissada, R. Madi // Can Urol Assoc J. – 2009. – N3(5). – P.55–57.
4. Case of renal cell carcinoma in a horseshoe kidney / M. Kato [et al.] // Hinyokika Kyo. – 2008. – Vol. 54, N 11. – P. 723–725.
5. Laparoscopic transmesocolic partial nephrectomy in a horseshoe kidney / A. Kochkin [et al.] // Robotics, laparoscopy and endosurgery. – 2016. - Vol 2, №3. – P. 124–129.

ИЗМЕНЕНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРА И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯМИ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Эхсонов А.С., Риззоков А.А.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. Вопросы диагностики, профилактики и лечения остеопороза во всем мире ввиду чрезмерного возрастания удельного веса рассматриваемой патологии и проблем, связанных с патологическими переломами и другими ортопедическими осложнениями, относятся к числу актуальных медико-социальных задач современной медицинской науки [1]. Последствия этой тенденции остро отражаются на деятельности всей медицинской науки, в первую очередь, в травматологии и ортопедии, из-за возрастания удельного веса низкоэнергетических переломов (переломов, наступивших спонтанно или в результате незначительной травмы) и их последствий [1-5]. В результате низкоэнергетических переломов шейки бедра у лиц старше 70 лет в течение года до 20-30% наблюдаются смертельные исходы [3]. Результаты обследования опорно-двигательного аппарата (ОДА) имеют важное и решающее значение при выборе показаний и определении тактики лечения ПШБ при остеопорозе. В свете вышеизложенного становится очевидным актуальность темы настоящего исследования.

Цель исследования – комплексный анализ состояния ОДА при постменопаузальном остеопорозе у многорожавших женщин (ПМПМЖ) с переломами шейки бедра (ПШБ) и их последствиями.

Материал и методы исследования. В основу настоящего исследования положены данные о 116 больных с ПШБ и последствиями ПШБ на фоне ПМПМЖ. В ходе выполнения использовались традиционно используемые в клинической практике критерии (степень болевого синдрома, наличие видимых деформаций, величина укорочения, установка конечности, нарушения движения в суставах, ходьба больного, степень физической активности и другие показатели, мышечный тонус и др.). Для объективной оценки объема движений в тазобедренном суставе использовали критерии А.С.Летова (2013). Для объективной оценки степени контрактуры использовали схему Н.В.Корнилова (1997). В программу комплексного обследования также входили рентгенография, денситометрия, а также магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты исследования и их обсуждение. При ПШБ (n=85) в основном имело место незначительная травма, чаще всего падение с высоты собственного роста. Острый болевой синдром отмечен только у 24 (28,2%) пациентов. У остальных 61 (71,8%) больного острые боли отсутствовало, либо имели место незначительные боли при движениях. Чрезмерная наружная ротация определялась у всех больных. Величина укорочения конечности зависела от степени варусной деформации проксимального отдела бедренной кости, варьируя от 3 до 8 см, в среднем $4,6 \pm 1,5$ см. Болезненные движения в суставах определялись у 75 (88,2%) больных. Боли в суставе отсутствовали при позднем обращении больных. Только 5 (5,9%) больных, которые обратились за медицинской помощью спустя 30 дней от момента травмы, передвигались с трудом в пределах палаты с помощью ходунков. Снижение тургора кожи и мышечного тонуса отмечалось у 17 (20,0%) пациентов. Стойкая болевая контрактура определялась у 21 (24,7%) пациента. Согласно анамнестическим сведениям у 68 (80,0%) больных наблюдались выраженные ограничения двигательной активности.

По данным рентгенографии, все ПШБ относились к варусным переломам. Субкапитальный перелом шейки бедра установлен у 25 (29,4%) пациентов, трансвертикальный – у 46 (54,1%) и базальный – у 14 (16,5%) больных. Рентгенологические признаки остеопороза в различных сочетаниях определялись у 32 (50,8%) пациентов. По данным рентгенографии тазобедренных суставов, у всех больных, кроме ПШБ, установлен различной степени коксартроз. У 17 (20,0%) пациентов этой группы коксартроз сочетался с признаками кистовидной перестройки головки бедренной кости. У больных возможности полноценного предоперационного клиничко-рентгенологического обследования других отделов опорно-двигательной системы отсутствовали, поэтому диагностика патологии опорно-двигательной системы проводилась по данным из медицинских документов и результатам предыдущих исследований. Практически у всех больных имели место симптомы дегенеративно-дистрофических поражений смежных суставов с болевым синдромом и другими проявлениями.

При ПШБ у 7 (5,6%) больных для дифференциальной диагностики этиологии спинальных болей до перелома выполнена МРТ позвоночника. По ее результатам в 4 наблюдениях установлена сочетанная этиология (протрузия диска и последствия перелома шейки бедра) спинальных болей.

У больных с последствиями ПШБ (n=41), как правило, боли носили умеренный характер и выявлялись при движении. Укорочение конечности определялось у всех больных за исключением 3 из 5 пациентов с асептическим некрозом головки бедра. Стойкая контрактура тазобедренных суставов определялась у 41 пациента, которая в 7 (17,1%) случаях имела легкий (ограничение в пределах 15-20 градусов) характер, в 15 (36,6%) – умеренный (ограничение в пределах 21-35 градусов) и в 19 (46,3%) – выраженный (ограничение свыше 36 градусов) характер. У 38 (92,7%) больных определяли нарушение ходьбы, которые с трудом передвигались с помощью дополнительной опоры. Выраженное снижение двигательной активности отмечено у 33 (80,5%) пациентов. По данным рентгенографии, у 29 (23,0%) больных определяли несросшиеся переломы, у 7 (5,6%) – ложные суставы и у 5 (4,0%) – асептический некроз головки бедра. Преобладание несросшихся переломов в нашем материале, с нашей точки зрения, объясняется тем, что после отсутствия консолидации после ориентировочного срока иммобилизации больные и их родственники решались в пользу оперативного лечения. Рентгенологические признаки остеопороза определялись в 29 (70,7%) наблюдениях (при ПШБ – 50,8%, $P < 0,05$). Этот феномен объясняется прогрессирующим остеопорозом из-за длительного отсутствия осевой нагрузки на кости. По данным рентгенографии тазобедренных суставов у всех больных, кроме последствий ПШБ в виде несросшегося перелома (29), ложного сустава (7) и асептического некроза (5), был установлен различной степени коксартроз. Также у 9 (22,0%) пациентов этой группы коксартроз сочетался с признаками кистовидной перестройки головки бедренной кости. Вышеназванные рентгенологические признаки в основном имели двухсторонний характер.

В целом КТ и МРТ в комплексном обследовании больных с последствиями ПШБ проведены у 14 больных, в том числе у 4 для дифференциальной диагностики этиологии спинальных болей до перелома и у 10 больных для оценки состояния тазобедренного сустава. По результатам КТ и МРТ тазобедренного сустава при последствиях ПШБ (n=10) выявлена следующая дополнительная информация:

- рентгенологически непроявляемые изменения (асептический некроз, остеофиты и др.) на ранних стадиях – у 2 больных;
- деформация головки и рентгенологически неустановленные подвывихи головки бедра – у 5 больных;
- кистовидная перестройка головки бедра – у 7 больных.

По данным МРТ, у всех больных с последствиями ПШБ выявлены признаки остеопороза, которые при рентгенографии выявлялись только у 4 больных. В целом, по данным КТ и МРТ, у всех обследованных определялись признаки остеопороза, которые при рентгенографии выявлялись в 6 (28,6%) наблюдениях.

По данным денситометрии (68 набл.), выполненной до перелома или после реабилитации, тяжелые формы остеопороза (Т менее -2,5 с низкоэнергетическими переломами) выявлены у 63 (92,4%) больных, у остальных 5 (7,4%) была установлена остеопения (Т - от -1 до -2,5).

Заключение. В литературе мнение авторов об одновременном присутствии артроза и остеопороза носит противоречивый, а порой диаметрально противоположный характер. Так, одни исследователи исходят из того, что в основе этих двух процессов лежат диаметрально противоположные процессы, т.е. в основе остеопороза – процессы резорбции, в основе артроза – пролиферация. Поэтому их сочетание они считают маловероятным. Однако в литературе есть немногочисленные публикации, в которых сообщается об одновременном присутствии двух вышеперечисленных процессов. Результаты нашей работы подтверждают именно вторую точку зрения. Течение остеопороза при ПМПЖ с ПШБ и последствиями ПШБ отличалось более выраженными проявлениями, о чем свидетельствует высокий удельный вес тяжелых форм остеопороза по данным денситометрии. С нашей точки зрения на неблагоприятном фоне, обусловленном развитием тяжелого остеопороза из-за процессов резорбции в субхондральной зоне, создаются благоприятные условия для развития артрозов.

Список литературы

1. Организация Объединенных наций. Старение [Электронный ресурс]. URL: <http://www.un.org/ru/sections/issues-depth/ageing/index.html>.
2. Салимов Н.Ф., Раззоков А.А. Влияние внедрения современных технологий и новых механизмов финансирования на показатели ресурсного обеспечения травматолого-ортопедической службы. / Н.Ф. Салимов, А.А. Раззоков // Вестник Авиценны, - 2015. - №1 (62). – С. 128 – 135.
3. Руководство по остеопорозу / Под ред. Л. И. Беневоленской. -М. : Бином. Лаборатория знаний, 2003. -524 с.
4. Crandall C.J. Osteoporosis Screening in Postmenopausal Women 50 to 64 Years-Old: Comparison of U.S. Preventive Services Task Force Strategy and Two Traditional Strategies in the Women's Health Initiative / C.J. Crandall [et al.] // Journal of bone and mineral research. -2014. -Vol. 29. -№ 7. -P. 1661–1666.
5. Kanis J.A. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women / J.A. Kanis [et al.] // Osteoporosis international. -2013. -Vol. 24. -№ 1. -P. 23-57.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА С ПЕРЕЛОМОМ ШЕЙКИ БЕДРА И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯМИ У МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН

Эхсонов А.С., Раззоков А.А.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

Актуальность. Вопросы диагностики, профилактики и лечения остеопороза во всем мире ввиду чрезмерного возрастания удельного веса рассматриваемой патологии и проблем, связанных с патологическими переломами и другими ортопедическими осложнениями, относятся к числу актуальных медико-социальных задач современной медицинской науки [1-5]. Причиной чрезмерного распространения данной патологии является увеличение удельного веса лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения [2,5]. Среди комплекса клинических проявлений остеопороза особое место занимают низкоэнергетические переломы шейки бедра (ПШБ) и их последствия, при которых наблюдается высокая летальность в первом году жизни из-за развития различных осложнений [1-4]. В литературе вопросы тактики лечения этих переломов преимущественно обсуждаются без целенаправленной диагностики остеопороза [2, 4, 6]. В Таджикистане в структуре остеопороза наиболее часто встречается постменопаузальный остеопороз у многорожавших женщин (ПМПМЖ), который часто осложняется переломом шейки бедра [1, 6]. Отсутствие работ, посвященных целенаправленной диагностике ПМПМЖ на фоне перелома шейки бедра, свидетельствует об актуальности настоящего исследования.

Цель исследования – улучшение комплексного лечения ПМПМЖ с переломом шейки бедра путем учета результатов целенаправленной диагностики остеопороза.

Материал и методы исследования. В основу настоящего исследования положены данные о 116 больных с ПШБ и последствиями переломов шейки бедра (ППШБ) на фоне ПМПМЖ, пролеченных с применением метода эндопротезирования тазобедренного сустава (ЭТС). Возраст больных - от 51 до 93 лет, в среднем $73,5 \pm 2,8$ лет.

При ПШБ из-за вынужденного постельного режима, ограниченной мобильности больных и болевого синдрома диагностические возможности были ограниченными, поэтому в процессе распознавания остеопороза с целью установления диагноза «остеопороз» мы использовали денситометрию, рентгенологически доказанные низкоэнергетические переломы и их последствия, наличие синильного остеопороза и алгоритм FRAX, рекомендованный ВОЗом.

Результаты исследования и их обсуждение. Клинические симптомы остеопороза, за исключением проявлений их осложнений в виде ПШБ и их последствий, имели скудный и невыраженный характер. Более того, на фоне ПШБ и их последствий, тяжелого общего состояния больных и вынужденного постельного режима они отодвигались на второй план. Больные в большинстве случаев жаловались на боли в суставах и позвоночнике, дискомфорт и ограничение двигательной активности. Проявления менопаузального синдрома (головные боли, потливость, эмоциональная лабильность, повышение артериального давления и др.) также в этих возрастных периодах они были скудными и определялись только у ограниченного числа больных в возрасте до 45 лет ($n=12$). Нарушение менструального цикла также определялось только у этой категории больных в 7 (5,6%) случаях, у остальных 119 (94,4%) пациентов установлена аменорея. Поэтому диагностика остеопороза на основании клинических симптомов не представляется возможной и с позиции современных данных требуется подтверждение вероятности присутствия этого симптомокомплекса дополнительными объективными методами [3].

Диагностика остеопороза с применением денситометрии, КТ, МТР и других информативных методов у обследуемого контингента больных была затруднена из-за наличия острых проявлений ПШБ и тяжелого состояния больных. Диагностика остеопороза с помощью денситометрии, которая рассматривается как «золотой стандарт» в распознавании этого заболевания, проведена у 68 (54,0%) больных до перелома. Среди них тяжелые формы остеопороза (T менее $-2,5$ с низкоэнергетическими переломами) выявлены у 63 (92,4%) больных, у остальных 5 (7,4%) была установлена остеопения (T - от -1 до $-2,5$). Сочетание ПШБ и других низкоэнергетических переломов, которые абсолютно имели место у всех этих наблюдений, с «остеопорозом» или «остеопенией», по данным денситометрии, позволяли достоверно с позиции доказательной медицины установить у них наличие клинически доказанных тяжелых форм остеопороза.

В остальных 58 (46,0%) наблюдениях диагноз остеопороза устанавливали по выявлению рентгенологически доказанных низкоэнергетических переломов (или их последствий). У 43 (34,1%) больных диагностированы переломы тел позвонков, которые выявлялись в форме передней клиновидной компрессии (14,3%), задней клиновидной компрессии (3,2%), двояковогнутой компрессии (8,7%), компрессионного перелома (1,6%) и их сочетания (6,3%). Сочетание ПШБ с другими переломами, типичное для остеопороза локализации, выявлены у 84 (66,7%)

пациентов. Среди них у 19 (15,1%) пациентов установлен перелом дистального метаэпифиза лучевой кости, у 43 (34,1%) – перелом позвоночника, у 6 (4,8%) – перелом лодыжек, у 9 (7,1%) – перелом хирургической шейки плечевой кости и у 7 (5,6%) – сочетание этих локализаций. По данным литературы, при выявлении низкоэнергетических переломов типичных для остеопороза локализаций, независимо от степени снижения минеральной плотности костной ткани, по данным денситометрии, все эти случаи рассматриваются как «тяжелые формы» остеопороза, поэтому все рассматриваемые случаи попадали под это определение, следовательно, их необходимо классифицировать как «тяжелые формы» остеопороза.

В 46 (36,5%) наблюдениях возраст больных относился к категории «старческой», у которых принято говорить о сенильном остеопорозе. У всех больных этой выборки определялись «вдовья» спина, снижение роста, значительное снижение физической активности, поражение зубов, ногтей и волос. Результаты рентгеновского исследования и денситометрии свидетельствовали в пользу данного утверждения. На рентгенограммах у всех этих больных (100,0%) определялись грубо trabecullarный рисунок кости с остеопорозом, подчеркнутость замыкательной пластинки. При рентгенографии позвоночника (n=16) в 12 (75,0%) случаях выявлялись характерные для остеопоротических переломов деформации позвонков. У них в 11 (23,9%) из 46 случаев, кроме ПШБ и их последствий, определялись рентгенологически доказанные последствия остеопоротических переломов других локализаций. По результатам денситометрии (n=17) у всех них установлены тяжелые формы остеопороза. В других возрастных периодах (ниже 75 лет) частота и выраженность вышеназванных критериев нарастали в зависимости от возраста. Следует отметить, что рентгенологические признаки остеопороза в отличие от сенильного остеопороза, определялись только у 17 (15,6%) из 109 больных.

У всех наблюдаемых нами больных определялись низкоэнергетические переломы, поэтому настоятельная необходимость в применении алгоритма FRAX отсутствовала. Но, данную методику мы использовали для сравнения результатов различных методов диагностики остеопороза.

Эффективность диагностики остеопороза проводилась путем сравнения результатов диагностики с данными денситометрии. Эффективность диагностики по критерию «сенильный остеопороз» составила 100,0%, по сравнению с наличием низкоэнергетических переломов – 90,5%, с помощью методики FRAX без применения результатов денситометрии – 75,9%.

При изучении отдаленных результатов среди больных, которым проводилась целенаправленная диагностика и медикаментозное лечение остеопороза частота нестабильности компонентов эндопротеза снизилась в 3,2 раза по сравнению с традиционными подходами (соответственно 4,6% и 14,8%, p<0,05).

Заключение. Целенаправленная диагностика остеопороза и принятие во внимание ее результатов в процессе комплексного лечения являются наиболее эффективными путями снижения частоты осложнений и улучшения результатов лечения ПМОМЖ с ПШБ и ее последствий.

Список литературы

1. Аудит состояние проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии 2010 // International Osteoporosis Foundation: [http: info@iofbonehealth.org](http://info@iofbonehealth.org) www. iofbonehealth.org
2. Гнетецкий С.Ф. Эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости у лиц старческого возраста: автореф. ... докт. мед. наук. –Москва. -2018. -34 с.
3. Клинические рекомендации. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение / Под ред. О.М. Лесняк, Л.И. Беневоленской. -М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. -272 с.
4. Комиссаров А.Н. Медико-социальные последствия переломов проксимального отдела бедренной кости на фоне остеопороза у жителей г. Якутска / А.Н. Комиссаров, Г.А. Пальшин // Якутский медицинский журнал. -2005. - № 3. -С. 10–14.
5. Старение и жизненный цикл [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. – URL: <http://www.who.int/ageing/ru/>.
6. Раззоков А.А. и др. Некоторые особенности лечения переломов у многопостменопаузальных остеопорозом. В кн.: Акт. вопросы клинической медицины. Сб. науч. статей, посвященный 40-летию РКБ им. Дьякова. –Душанбе. - 2004.-С. 275-278.

РАК ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА Юлдошев Р.З.¹, Зикрияходжаев Д.З.², Усмонов Х.У.², Ходжамкулов А.А.², Мирзоев А.Дж.²

¹Кафедра онкологии и лучевой диагностики ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

²Государственное учреждение «Республиканский онкологический научный центр»

Актуальность. Заболеваемость раком двенадцатиперстной кишки (РДК) крайне низкая, по сравнению с другими отделами желудочно-кишечного тракта, хотя двенадцатиперстная кишка активный участник в процессе пищеварения. В 1954 году было описано 400 случаев рака этой локализации, но в 1995 году этот показатель вырос на 1000 [1, 3]. Точные данные по статистике РДК в нашей республике, к сожалению, не имеют места.

В качестве факторов риска развития РДК выступают диффузный полипоз кишечника, синдром Гарднера, полипозы при синдроме Пейтца - Егерса в различных вариантах, Вилёзные аденомы, болезнь Крона с поражением двенадцатиперстной кишки [2, 5].

В алгоритм диагностических мероприятий при подозрении на РДК входят следующие: рентгенография желудка с пассажем контраста по двенадцатиперстной кишке, ЭГДС с морфологической верификацией опухолевого процесса, эндосонография. А также УЗИ-исследование органов брюшной полости, КТ с контрастным усилением [4, 6]. Следует исключить вторичный характер поражения дуоденума - опухоль может исходить из желудка с перехо-

дом на дуоденум, а также имеет место прорастание рака- панкреас. Лапароскопия - как очень высокоинформативный метод в данном случае теряет свою значимость.

Цель исследования. Изучить ближайшие и отдалённые результаты лечения рака двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования. За период 2012-2018 г на базе торакоабдоминального отделения ОНЦ у 14 больных был диагностирован РДК, в возрасте от 28 до 74 лет, 60% больных из общего количества составили мужчины.

Все пациенты жаловались на боль в эпигастрии и в правом подреберье, тошноту и позывы на рвоту, что связано со стенозированием просвета кишечника, потерей веса. Кровотечение в просвет желудка и мелена были диагностированы у 28% больных. У 2-х больных диагностирован опухолевый стеноз большого дуоденального соска, при локализации основного процесса по медиальной стенке кишечника, что вызвал дистальный блок в холедохе с явлениями механической желтухи.

Топическая характеристика опухоли: поражение верхне-горизонтальной части -3 случая, нисходящего отдела-5 и локализация опухоли в ниже-горизонтальной части диагностирована у- 6 пациентов. Морфологическая верификация имела место у 8 пациентов, что составляет 57,5%. У 71,4% имело место осложнённое клиническое течение РДК. Кровотечение торпидного характера -4, стенозирование просвета дуоденума-6.

Распределение больных по стадиям опухолевого процесса показало, что среди 14 пациентов у 3 имело место II- стадия, у 5 больных-III и у 6-IV стадия распространение опухоли. 8 пациентов, у которых диагностирована местно-распространённый процесс в дуоденуме обратились за медицинской помощью с клиникой гастростаза и внутреннего кровотечения.

Из общего количества 8(57%) больных подверглись радикальным вариантам оперативных вмешательств. У 5 больных при локализации опухоли в нисходящей и ниже - горизонтальной части дуоденума выполнен стандартный вариант панкреатодуоденальной резекции. С целью обеспечения радикальности операции при поражении верхнегоризонтальной части дуоденума у 3 больных произведена гастропанкреатодуоденальная резекция. Все варианты оперативных вмешательств сопровождались с адекватными объёмами лимфодиссекции. Реконструктивно-восстановительный этап операции - один из основных, сложных этапов оперативного вмешательства. По данным Шалимова А.А. (1997г), имеются более 100 вариантов анастомозирования резецированных органов. Выбор варианта реконструкции зависит от опыта оперирующего хирурга. У 2 пациентов был сформирован анастомоз между протоком панкреаса и задней стенкой тела желудка по методике Brunshwif H, и у 6 больных панкреатоэнтероанастомоз по методике Whipple. В резецированный комплекс входили: антрально-пилорическая часть желудка, дуоденум и 25-30 см тощей кишки, головка и часть тела поджелудочной железы, жёлчный пузырь и нижележащие отделы холедоха (рис.2). Кроме резецированных органов, в макропрепарат входил лимфоузлы и клетчатка гепато-дуоденальной связки, печёночной артерии, чревного ствола, парапанкреатические, панкреато-дуоденальные а также лимфоколлекторы по ходу средних толстокишечных сосудов и аорто-кавального пространства. Для детального изучения распространённости процесса макропрепарат должен подвергаться подробному патолого-морфологическому анализу.

Следует отметить, что у 87,5% больных подвергавшихся радикальным операциям, имелись метастатические поражения регионарных лимфоузлов.

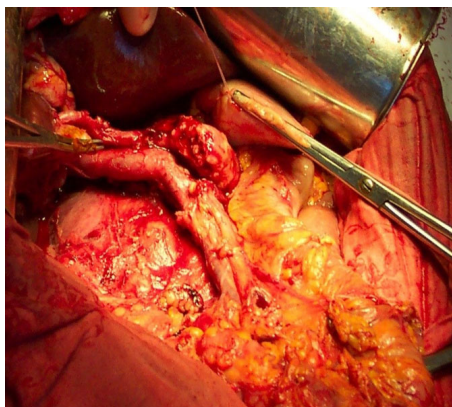


Рисунок 1. - Состояние после расширенной гастропанкреатодуоденальной резекции, вид спереди и справа

На данном интраоперационном снимке визуализируются общая и собственная печёночная артерия, холедох на зажиме, нижняя полая вена, аорта, верхняя брыжеечная вена, воротная вена, оставшая часть поджелудочной железы и культи желудка.

Рисунок 2. - Макроскопическая картина резецированных органов



Тщательный морфологический анализ макропрепарата позволяет установить истинные границы распространения опухолевого процесса, а также радикальность оперативного вмешательства. На Рис№2 видна резецированная-дистальная часть желудка, большой и малый сальник, двенадцатиперстная кишка с опухолью, головка и часть тела поджелудочной железы, жёлчный пузырь, часть холедоха, 30 см тощей кишки.

Из-за распространённости опухолевого процесса 6(42,8%) пациентом выполнены симптоматические объёмы операции, формирование обходного гастро-энтероанастомоза с Браунским межкишечным анастомозом и холецисто-еюно анастомоз с целью декомпрессии желчевыводящих протоков. У

одного пациента диагностирована несостоятельность панкреато-энтеро анастомоза, с сформированного по методике Вайпла, абсцесс подпечёночного пространства установлен у 2 больных после ГПДР. Послеоперационная летальность (в течение 30 послеоперационных дней) имела место в одном случае, что составил 7,1%.

Среди 8 радикально оперированных больных однолетний барьер пережили -100% больных, 3-летний-75% и 5-летний 40%. В послеоперационном периоде после симптоматических оперативных вмешательств на фоне проводимой противоопухолевой химиотерапии у 6 больных, больше года жили 3 пациента.

Таким образом, факторами, влияющими на прогноз лечения оказались: локализация опухоли, размер, распространённость, состояние лимфоузлов, лаконичность выполнения всех этапов и естественно объём операции.

Список литературы

1. Радикальное хирургическое лечение билиопанкреатодуоденального рака / А.Е. Климов [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии.* - 2005. - Т.10, №2. – С.25-29.
2. Седов, А.П. Механическая желтуха опухолевого генеза / А.П. Седов. - Белград, 2000. - 114-116с.
3. Злокачественные опухоли пищеварительной системы / А.М. Гарин [и др.] // *Вестник онкологии.*-2015. -С 34-37.
4. Шалимов, А.А. Хирургическое лечение больных панкреатодуоденальной зоны / Шалимов А.А. // *Анналы хирургической гепатологии.* - 1996. - №23. – С.62-67.
5. Delayed diagnostic and lower resection rate of adenocarcinoma of the distal duodenum / D. Stel [et al.] // *Diagnosical surgical.* - 2004. - №24. – P.434-439.
6. Treatment of periampullary neoplasma / F. Stipa [et al.] // *Hepato-gastroenterol.* -2001. - N6. – P.72-94.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭКОЛОГИИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО ТРАКТА У ЖЕНЩИН С ПОЛИПАМИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА

Юлдошева М.У., Ниёзова М.С., Носирова П.К.

ЛДЦ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. В структуре заболеваний шейки матки полипы составляют 5-6% [1]. По данным некоторых авторов, полипы цервикального канала занимают одно из первых мест по частоте встречаемости среди различных доброкачественных поражений шейки матки и составляют 23% [2].

Полип цервикального канала представляет собой очаговую пролиферацию эндоцервикса, при которой дровидные выросты соединительной ткани, покрытые цилиндрическим эпителием, выпячиваются в просвет канала шейки матки, а при увеличении – за пределы наружного зева [3]. Часто полипы эндоцервикса сочетаются с воспалительными заболеваниями генитального тракта.

Причина возникновения полипов не установлена. Высказывается предположение, что определяющую роль в их образовании играют гормональные нарушения. Другие исследователи основное значение в возникновении полипов придают воспалительным процессам [4].

Цель исследования. Изучение микробиоценоза влагалища и цервикального канала у женщин репродуктивного возраста с полипами шейки матки.

Материалы исследования. Выполнено комплексное клиничко-лабораторное обследование 84 женщин репродуктивного возраста, из которых 44 пациентки были с полипами цервикального канала (основная группа) и 40 здоровых женщин (контрольная группа). Возраст женщин в обеих группах колебался от 22 до 55 лет (средний возраст 34,2±4,8 года).

На каждую пациентку была заполнена амбулаторная карта, в них собраны акушерский, гинекологический и соматический анамнезы.

Методы исследования: Клиничко-лабораторные исследования: общие анализы крови и мочи, ультразвуковое исследование органов малого таза, кольпоскопия, цитологическое исследование мазков из цервикального канала, бактериологическое и бактериоскопическое исследование.

Результаты исследования и их обсуждение. У большинства пациенток полип цервикального канала был выявлен при профилактическом осмотре. При поступлении большая часть женщин (89,5%) жалоб не предъявляла. Только 3 (7%) пациентки жаловались на боли внизу живота тянущего характера и нарушение менструального цикла, 2-х (4,5%) женщин на момент поступления беспокоили кровяные выделения из половых путей.

Из сопутствующей гинекологической патологии наиболее часто наблюдались воспалительные заболевания половых органов (хронический сальпингоофорит, хронический эндометрит, воспалительные заболевания нижних отделов гениталий) – у 39 (88,6%) пациенток. Результаты бактериологического исследования показали, что полипам шейки матки сопутствуют отклонения в вагинальном биоценозе, которые проявляются в достоверном ($p < 0,05$) снижении частоты выделения основных кислотообразующих лактобацилл по сравнению со здоровыми женщинами. Так, только у 19 (43%) пациенток основной группы были выявлены лактобациллы (21 штамм) в концентрации $6,2 \pm 1,2$ lg КОЕ/мл. В то время как у здоровых женщин лактобациллы были выявлены у 34 (85%) женщин в средней концентрации $6,8$ lg КОЕ/мл. При типировании видовой состав лактобацилл был представлен *L. fermentum* у 2 (4,5%) женщин в концентрации $5,7 \pm 0,5$ lg КОЕ/мл, *L. catenaforme* у 5 (11,4%) женщин в концентрации $7,0 \pm 1,4$ lg КОЕ/мл, *L. acidophilus* у 2 (4,5%) женщин в концентрации $6,3 \pm 1,15$ lg КОЕ/мл, *L. casei* – у 4 (9%) в концентрации $6,3 \pm 0,81$ lg КОЕ/мл и *L. brevis* в средней концентрации $5,8 \pm 0,83$ lg КОЕ/мл определялись у 8 (18,1%) женщин. При этом лактобактерии, не продуцирующие перекись водорода, составили почти четверть от всех выделенных штаммов (23,8%). Основным видом лактобацилл у здоровых женщин (91%) явился штамм *L. brevis*, продуцирующий перекись водорода. *Enterococcus* sp. выявлены у 15 (34%) женщин основной группы, причём в достаточно высокой концентрации – $5,3 \pm 1,67$ lg КОЕ/мл. Несколько реже (у 12 (27,3%) пациенток), но в большей концентрации высе-

вались *E. coli* ($5,5 \pm 1,08$ lg КОЕ/мл lg КОЕ/мл). *Staphylococcus* sp. выявлены у 5 (11,4%) женщин с полипами цервикального канала, однако их концентрация не превышала $4,0 \pm 0,7$ lg КОЕ/мл. Редко, но в высокой концентрации высеивались *Proteus* sp. и γ -*Streptococcus* sp. (2,3% и 4,5% соответственно, в концентрации $7,0 \pm 0$ lg КОЕ/мл и $5,0 \pm 0,7$ lg КОЕ/мл). *Corynebacterium* sp. в концентрации $4,0 \pm 0$ выявлены в 1 (2,3%) случае. Анаэробные микроорганизмы встречались редко, но в большом количестве, и были представлены *Peptostreptococcus anaerobicus* в концентрации $6,0 \pm 0$ lg КОЕ/мл у 1 (2,3%) пациентки. Спектр условно-патогенных микроорганизмов, выявленных во влагалище у женщин контрольной группы, был значительно беднее. У 16 (36%) пациенток определялись *Enterococcus* sp. в средней концентрации $3,8 \pm 0,78$ lg КОЕ/мл, у 8 (18,2%) были выделены *Streptococcus* sp. в средней концентрации $2,8 \pm 1,1$ lg КОЕ/мл. Анаэробные микроорганизмы были представлены так же, как и в основной группе, видами *Peptostreptococcus* в средней концентрации $3,8 \pm 1,15$ lg КОЕ/мл у 12 (27,3%) пациенток. Видовой состав микроорганизмов, полученных из цервикального канала как основной, так и контрольной группы, был несколько уже, чем во влагалище, а обсеменённость микроорганизмами была несколько ниже. Проведённое исследование показало, что полипы цервикального канала ассоциированы с дисбиотическими нарушениями во влагалище и цервикальном канале – с уменьшением лактобактерий на фоне повышения содержания представителей условно-патогенной флоры. Снижение количества лактобактерий также сопровождалось неспособностью части из них продуцировать перекись водорода, необходимую для полноценной реализации защитного потенциала лактобацилл.

Выводы. Таким образом, комплексное изучение микробиоценоза влагалища и цервикального канала у пациенток с полипами цервикального канала выявило дисбиотические нарушения у женщин данной группы. Полученные результаты позволяют сделать выводы о важной роли инфекционного фактора в развитии полипов цервикального канала. Нормализация микрофлоры половых путей является не только важным компонентом лечения полипов цервикального канала, но и препятствует их возможному рецидивированию.

Список литературы

1. Кармышева, М.Н. Предполагающие факторы развития полипов шейки матки / М.Н. Кармышева, Э.Х. Хушвахтова, М.Х. Курбонова / Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – 2010. – Т.53, №3.
2. Василевская, Л.Н. Предраковые заболевания и начальные формы рака шейки матки / Л.Н. Василевская, М.А. Винокур, Н.И. Никитина. – М.: Медицина, 1998. - С. 68-71.
3. Кустаров, В.Н. Патология шейки матки / В.Н. Кустаров, В.А. Линде. – СПб, 2002. - 62 с.
4. Кольпоцервикоскопия. Атлас / Е.В. Коханевич, К.П. Ганина, В.В. Суменко. – Киев, 2004. – С.48

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА СОБСТВЕННЫМИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫМИ СТВОЛОВЫМИ КЛЕТКАМИ

Юнусов И.А., Карим-заде Б.Д., Муминджонов С.А., Махмаджонов Б.К.

Лаборатория стволовых клеток ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Кафедра травматологии и ортопедии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе

Актуальность. Остеоартроз коленного сустава является одним из наиболее распространенных заболеваний костно-мышечной системы. Данной патологией страдает менее 14 процентов населения старше 65 лет земного шара [1,2]. В связи с развитием остеоартроза наблюдается нетрудоспособность после 50 лет, занимая второе место среди причин нетрудоспособности [1]. На сегодняшний день патология опорно-двигательного аппарата обуславливает подавляющее большинство жалоб, предъявляемых пациентами врачам общей практики. Хрящ – основной компонент сустава, подвергающийся дегенерации при остеоартрозе; вместе с ним страдают и другие субхондральные, капсульные, синовиальные и околосуставные структуры [3,4]. Основные патологические процессы, приводящие к разрушению хряща, происходят в хондроцитах: чрезмерное местное высвобождение протеолитических ферментов и прогрессивное замедление репарации хряща приводят к дисбалансу между синтезом и деградацией внеклеточного матрикса [2]. Нарушение биохимического состава синовиальной жидкости приводит к прогрессированию дегенерации хряща. Исходя из вышеописанных механизмов, ведущими направлениями лечения остеоартроза считаются: стимуляция синтеза хряща, модуляция воспаления и регуляция метаболизма хондроцитов [5,6]. На основании этих данных исследователи пришли к выводу, что лечение деформирующего остеоартроза с помощью аутологичных стволовых клеток может проводиться у пациентов любого возраста и любой этиологии заболевания [7].

Цель исследования. Оценить отдаленные результаты лечения собственными мезенхимальными стволовыми клетками при комплексной терапии остеоартроза коленного сустава.

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на анализе комплексного лечения 26 больных с остеоартрозом коленного сустава. Все пациенты проходили лечение на базе клиники ТГМУ с мая 2016 по август 2017 года. Возраст пациентов составлял от 20 до 77 лет, средний возраст составил $46,5 \pm 0,6$ лет. По полу пациенты были распределены следующим образом: мужчины - 10 (39%), женщины - 16 (61%). По клиническим признакам и данным рентгенографии у 18 (69%) пациентов отмечалась II стадия остеоартроза коленного сустава, у 8 (31%) III стадия заболевания. Функциональное состояние сустава определяли пальгофункциональному индексу Лекена. По нему пациенты были распределены на 3 группы: у I группы из 7 пациентов индекс составлял от 8 до 12 баллов; II группа из 8 пациентов индекс составлял от 12 до 16 баллов; III группу составляли 11 пациентов, у которых индекс был от 16 и выше. Всем пациентам до и после процедуры введения собственных стволовых клеток была выполнена цифровая рентгенография сустава в двух проекциях для объективной оценки терапии. Сама терапия собственными стволовыми мезенхимальными клетками состояла из трех основных этапов. При первом этапе производили забор пунктата костного мозга путем стерильной пункции. При втором этапе производили сепарацию

мезенхимальных стволовых клеток из пунктата костного мозга методом градиента плотности клеток с помощью фикола (1077) в Лаборатории стволовых клеток при ТГМУ. Заключительный этап включал введения взвеси стволовых клеток внутрисуставно в пораженный сустав. Количество введенных мезенхимальных стволовых клеток составляло от 23,4 млн. до 66,36 млн., средний показатель составлял $53,6 \pm 1,2$ млн. Все манипуляции выполняли в асептических условиях. Пациентам первой и второй группы, состоящие из 4 и 3 пациентов соответственно проводили инъекции собственных стволовых клеток трехкратно каждые три месяца. Кроме того, пациенты получали стандартную терапию, включающую нестероидные противовоспалительные препараты, хондропротекторы, ЛФК.

Результаты исследования и их обсуждение. Отдаленные результаты после лечения оценивали по изменению значения альгофункционального индекса Лекена и рентгенологическим изменениям в суставе после двух и более лет. Так в первой группе, состоящей из 7 пациентов у 4 больных индекс Лекена снизился на $3,8 \pm 0,6$ пункта, во второй группе из 8 пациентов у 3 отмечалось снижение индекса на $4,2 \pm 0,5$ пункта. Рентгенологически у этих пациентов с положительной динамикой визуализируется незначительное сужение суставной щели, как правило, определяемое только при сравнении с симметричным непораженным суставом. В третьей группе у 11 пациентов положительной динамики по клиническим и рентгенологическим признакам не отмечалось, как в начале исследования.

Таким образом, можно предположить, что клеточная терапия собственными мезенхимальными стволовыми клетками наиболее эффективна при начальных стадиях заболевания, когда деструктивно-дистрофические изменения в суставах не значительны. Таким образом, положительная динамика отмечалась у 7 (27%) пациентов. Этим больным вводили стволовые клетки трехкратно на ранней стадии заболевания, в течение одного года на 3, 6 и 12 месяце соответственно. В позднем периоде наблюдения осложнений по поводу стерильной пункции и внутрисуставного введения, собственных мезенхимальных стволовых клеток не наблюдалось.

Заключение. Отдаленные клинические и рентгенологические данные свидетельствуют о положительном влиянии на репаративные процессы в пораженном суставе у 27% больных. Таким образом, можно предположить, что на результаты лечения в отдаленном периоде важную роль играет кратность введения мезенхимальных стволовых клеток в полость пораженного сустава на ранних стадиях заболевания.

Данная методика в сочетании с традиционной консервативной терапией может быть перспективной, инновационной и безопасной для лечения остеоартроза суставов на ранних стадиях заболевания.

Список литературы

1. Forman, M.D. A survey of osteoarthritis of the knee in the elderly / M.D. Forman, R. Malamet, D. Kaplan // J Rheumatol. - 1983. - №10. – P. 282–287.
2. Glucosamine for Osteoarthritis: Biological Effects, Clinical Efficacy, and Safety on Glucose Metabolism / J. Salazar [et al.] // Arthritis. - 2014. - 3. 432–463.
3. New findings in osteoarthritis pathogenesis: therapeutic implications / L. Pulsatelli [et al.] // TherAdv Chronic Dis. - 2013. - № 1. - P. 23-43.
4. Review Which elements are involved in reversible and irreversible cartilage degradation in osteoarthritis? / A.C. Bay-Jensen [et al.] // Rheumatol Int. - 2010. - №4. - P. 435–442.
5. Guilak, F. Review Biomechanical factors in osteoarthritis / F. Guilak // Best Pract Res ClinRheumatol. - 2011. - № 6. - P. 815–823.
6. Review Molecular regulation of articular chondrocyte function and its significance in osteoarthritis / J.P. Schroepel [et al.] // HistoHistopathol. - 2011. - №3. - P.377–394.
7. Chondrogenic differentiation in femoral bone marrow-derived mesenchymal cells (MSC) from elderly patients suffering osteoarthritis or femoral fracture / F. Garcia-Alvarez [et al.] // Arch GerontolGeriatr. – 2011. - N52. – P.239–242.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ВАРИКОЦЕЛЭКТОМИИ

Юнусов Х.А., Ниёзова М.С., Амиров Дж.Н.

ЛДЦ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

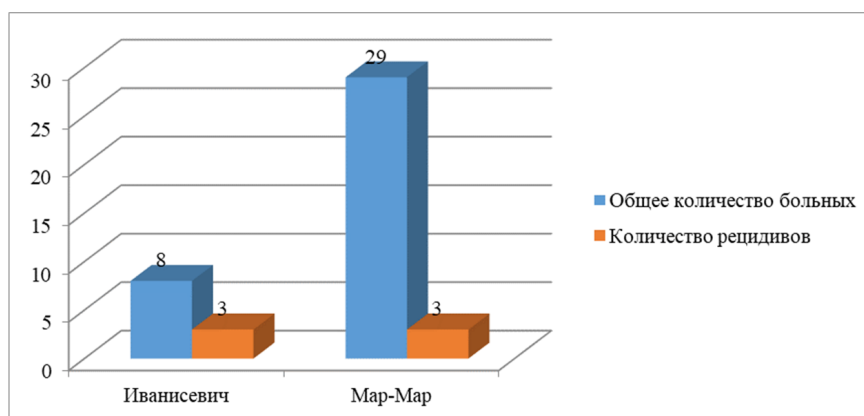
Актуальность. Варикоцеле выявляется у 16 – 30% молодых мужчин [1]. Актуальность проблемы сводится не к частоте встречаемости, а к частоте нарушения фертильности при наличии варикоцеле. По причине варикозного расширения вен левого семенного канатика нарушение фертильности отмечено от 40 до 80% [2], в среднем 37-40% из числа лиц, страдающих этим заболеванием, состоят в бесплодном браке [2,3]. Частота наступления беременности после лечения варикоцеле составляет около 38.4%, по данным объединенного анализа [4,5]. На данный момент существует большое количество способов лечения варикоцеле – более 200. Большая часть этих методик имеет историческую ценность. Эти методы обладают разной эффективностью в плане улучшения показателей фертильности, определенными процентами рецидивов, экономическими затратами. Наиболее часто используемыми в настоящее время методиками являются лапароскопическое лигирование яичковой вены и субингвинальная резекция вен семенного канатика по методу Иванисевича и Мармара. Состояние здоровья студентов одной из представительных групп молодежи страны, является актуальной проблемой современного общества.

Успешная подготовка высококвалифицированных кадров, обеспечивающих устойчивость экономического развития государства, тесно связана с сохранением и укреплением здоровья, повышением работоспособности студенческой молодежи. Вместе с тем, все возрастающие требования к уровню подготовки специалистов-медиков высшего звена, обусловленные увеличением потока научной информации, внедрением инновационных образовательных технологий, приводят к перегрузке студентов. Повышается их психоэмоциональная напряженность, истощаются адаптационные резервы нервной, эндокринной и иммунной систем, возрастает вероятность заболеваний.

Цель исследования. Сравнить эффективность различных методик хирургического лечения больных с варикоцеле.

Материал и методы исследования. Материал исследования составили 37 больных, поступивших в отделение хирургии Лечебно-диагностического центра при Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибни Сино в период с 2016 по 2018 годы. Все больные имели III степень выраженности варикоцеле. В 11 случаях отмечалось наличие сопутствующего варикозного расширения вен нижних конечностей. Всем больным были выполнены стандартные методики исследования, включавшие ультразвуковое исследование яичек, врачебный осмотр, а также сдачу спермограммы до и после проведения оперативного вмешательства.

Результаты исследования и их обсуждение. На начальном этапе исследования у 8 больных проводились стандартными методами – операция Иванисевича, однако в 3 (37,5%) случаях после проведения данного хирургического вмешательства отмечалось развитие патологии повторно. Остальным 29 больным проводилась стандартная методика – операция Мар-мара. В 3 (10,3%) случаях после проведения данного хирургического вмешательства отмечалось развитие патологии повторно. В дальнейшем использовалась методика хирургической операции Мар-мар. Данная методика показала себя эффективной, с целью профилактики рецидива. Кроме того, в отличие от методики Иванисевича, наблюдались более выраженные улучшения касательно параметров спермограммы. Соответственно, выполнение методики Мар-мар позволяет выполнять миниинвазивное вмешательство, в то время как при методике Иванисевича разрез более косметически неполноценен.



Выводы. Таким образом, полученные данные показывают эффективность применения операции Мар-мар в сравнении с операцией Иванисевича, касательно функциональных и эстетических результатов. Всё это показывает необходимость проведения дальнейших исследований с включением большего количества участников, для того чтобы выявить дополнительные особенности каждой из методик.

Список литературы

1. Артюхин, А.А. Фундаментальные основы сосудистой андрологии / А.А. Артюхин. – М.: Academia, 2008. – 244 с.
2. Лопаткин, Н.А. Урология: национальное руководство. / Н.А. Лопаткин. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. – 1024 с.
3. Лопухин, Ю.М. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник в 2 т. / Ю.М. Лопухин. – 3-е изд., испр. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 2 т.
4. Тиктинский, О.Л., Калинина С.Н., Михайличенко В.В. Андрология / О.Л. Тиктинский. – СПб.: Медицинское информационное агентство, 2010. – 576 с.
5. Шилл, В.-Б. Клиническая андрология / В.-Б. Шилл, Ф. Комхаир, Т. Харгрив. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 800 с.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА, СОЧЕТАННОЙ С ГИПЕРПЛАЗИЕЙ НОСОГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ У ДЕТЕЙ

Юсунов А.Ш., Туйдиев Ш.Ш., Махамдиев А.А.

Кафедра оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Таджикистан

Актуальность. Клиническая практика и данные многочисленных исследований показывают, что наиболее распространенной патологией полости носа, имеющей тенденцию к увеличению является деформация носовой перегородки. По данным литературы искривление носовой перегородки встречается почти у 70% населения стран мира и многочисленные исследования ученых убедительно доказывают распространенность этого вида патологии носа. Общие данные по нескольким странам (Япония, Иран, Франция, Испания, Турция, Хорватия), где деформация ПН наблюдается почти у 68% взрослого населения также подтверждают вышесказанное [2,4].

Следует отметить, что типичные проявления деформации носовой перегородки чаще всего приходится на подростковый возраст, что связано с активным ростом костно-хрящевого скелета носа и гормональной перестройкой организма в этом возрасте [1,3].

Патологические процессы в полости носа, ведущие к нарушению носового дыхания и другим функциональным изменениям, могут быть вызваны сочетанием нескольких причин и во время хирургического вмешательства возникает необходимость одновременно выполнять комплекс операций на структурах полости носа с целью восстановления утраченных функций носа и ликвидировать патологический процесс. Большинство совре-

менных авторов отдают предпочтение одновременной коррекции перегородки носа и гипертрофированных носовых раковин [2]. Другие же склонны считать, что хирургической коррекции подлежат лишь первопричинные заболевания, т.е. деформированная перегородка носа[4].

В клинической практике детской оториноларингологии нередко встречается сочетание деформации перегородки носа и гиперплазии носоглоточной миндалины, что создает определенные проблемы в плане своевременной диагностики и адекватного хирургического или терапевтического лечения этой категории больных.

Цель исследования. Оценка результатов хирургического лечения деформации перегородки носа, сочетанной с гиперплазией глоточной миндалины у детей.

Материалы и методы исследования. В условиях ЛОР клиники ГУ НМЦ РТ за период 2016-2019гг. нами было обследовано и прооперировано 65 детей в возрасте от 7 до 14 лет (из них девочек – 18, мальчиков - 47), с деформацией перегородки носа, сочетанной с гиперплазией глоточной миндалины. Всем больным в предоперационном и послеоперационном периодах проведена передняя и задняя риноскопия, фарингоскопия, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, аудиометрия, рентгенологическое исследование околоносовых пазух и носоглотки, а также исследования функционального состояния носа.

Результаты исследования и их обсуждение. Основными жалобами больных были заложенность носа, затрудненное носовое дыхание, водянистые выделения из носа, гнусавость, ночной храп и у некоторых детей ночной энурез. Длительность заболевания у большинства больных составила от 3 до 5 лет. В результате проведенных исследований нами были выявлены некоторые варианты деформации носовой перегородки, сочетающейся с гиперплазией носоглоточной миндалины различной степени и снижение слуха по кондуктивному типу (таблица 1).

Таблица 1. - Распределение пациентов в зависимости от видов деформации перегородки носа и степеней гиперплазии носоглоточной миндалины

№	Виды патологии		Число больных
		Гиперплазия носоглоточной миндалины II степени	
	Гиперплазия носоглоточной миндалины III степени	9	
	Гиперплазия носоглоточной миндалины II степени	8	
	Гиперплазия носоглоточной миндалины III степени	10	
	Гиперплазия носоглоточной миндалины II степени	5	
	Гиперплазия носоглоточной миндалины III степени	9	
	Гиперплазия носоглоточной миндалины II степени	6	
	Гиперплазия носоглоточной миндалины III степени	7	

При проведении аудиологических методов исследования у 22 детей выявлена кондуктивная тугоухость I-Пстепени.

Применение того или иного объема хирургического вмешательства зависело от результатов проведенного комплексного оториноларингологического исследования. В зависимости от вида деформации проведены щадящие варианты септопластики с одномоментной аденотомией. Все операции выполнены под общим эндотрахеальным наркозом.

В ближайшем послеоперационном периоде хороший анатомический результат получен у 42 (64,6%) пациентов, удовлетворительный - у 23 (35,3%) пациентов. В отдаленном послеоперационном периоде хороший анатомический результат получен у 47 (72,3%) пациентов, а удовлетворительный анатомический результат наблюдали у 18 (27,6%). При изучении функциональных результатов хирургического лечения в отдаленном послеоперационном периоде было обнаружено статистически значимое улучшение всех показателей функционального состояния носа (ринопневмометрии, pH носового секрета, ольфактометрии и мукоцилиарного клиренса) по сравнению с дооперационными показателями (таблица 2.).

Таблица 2. - Результаты функционального исследования носа до и после операции

1	Ольфактометрия	До операции	Гипосмия I
		После операции	Норма
		До операции	40,93±1,14
		После операции	17,14±0,5
		До операции	44,75±0,53
		После операции	21,2±0,19
		До операции	8,07±0,03
		После операции	6,72±0,02

Как видно из представленной таблицы, у пациентов с деформацией перегородки носа, сочетанной с гиперплазией носоглоточной миндалины, после хирургического лечения отмечаются заметные улучшения проходимости носовых ходов, обоняния, скорости мукоцилиарного клиренса и смещения pH носового секрета в щелочную сторону.

Выводы. 1. Выбор метода хирургического лечения при деформации перегородки носа у детей должен быть дифференцированным. 2. Применение симультанных операций при деформации перегородки носа, сочетанной с гиперплазией носоглоточной миндалины в большинстве случаев дает хорошие анатомические и функциональные результаты.

Список литературы

1. Махмудназаров, М.И. Функциональное состояние носа у больных с деформацией носовой перегородки / М.И. Махмудназаров, Ш.Ш. Туйдиев, М.С. Азизова // Материалы IV съезда оториноларингологов Узбекистана. - Ташкент, 2015. - С.80.
2. Пустовит, О.М. Послеоперационная реабилитация структур слизистой оболочки носа и околоносовых пазух в ринохирургии / О.М. Пустовит // Российская оториноларингология. – 2017. - №2. (87). - С. 120-125.
3. Хрусталева, Е.В. Эффективность симультанных операций на ЛОР-органах у больных различных возрастных групп / Е.В. Хрусталева, Е.В. Песковацкова / Матер. XI Российской конференции оториноларингологов. - Москва, 2012. - С. 320-322.
4. Оценка процессов заживления слизистой оболочки полости носа после симультанных эндоназальных операций у больных старших возрастных групп на основании показателей МЦТ и секреторного иммуноглобулина А / Е.В Хрусталева [и др.] // Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. - 2016. - Т.1, №22- С. 53 - 57.
5. Daniel, R.K. Rhinoplasty:dorsal grafts and the designer dorsum / R.K. Daniel // Clin Plastic Surg. - 2010. – Vol.37. - P.293-300.

ВЛИЯНИЕ АНОМАЛИИ КИММЕРЛЕ НА КРОВООБРАЩЕНИЕ В ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЙ ЗОНЕ

Янова Э.У.

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии, Самаркандский медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Всё возрастающую роль сосудистых поражений центральной нервной системы в общей структуре заболеваемости и инвалидности населения, особенно у лиц среднего и пожилого возраста, занимает проблема нарушений мозгового кровообращения. Вместе с тем, показатели заболеваемости и смертности при цереброваскулярных патологиях по-прежнему остаются высокими и не имеют тенденции к существенному снижению [1, 4].

Одной из проблемных, а потому и важных тем в современной медицине является вертебробазилярная недостаточность (ВБН). В литературе последних лет большая клиническая значимость уделяется аномалии Киммерле. Некоторые авторы [2] диагностировали ее у 37-80 % обследованных. Описаны случаи критического снижения вертебробазилярного кровоснабжения с формированием пятнистой ишемией ствола головного мозга. Важным и перспективным является всестороннее изучение закономерностей состояний, достаточного часто встречающихся в практике невролога, нейрохирурга и профпатолога, требующие комплексного обследования для выяснения этиологического фактора развития ВБН и проведения дифференциальной диагностики. Чаще всего эти изменения связывают с нарушением кровообращения в магистральных артериях вертебральной и базилярной зон, выявляемых у 20-30% населения, которые в дальнейшем могут привести к возникновению осложнений [1, 2].

К осложнениям дисциркуляторных нарушений в вертебро-базилярном бассейне относят инфаркты головного и спинного мозга, при этом на долю мозгового ишемического инсульта приходится 7-11% от общего числа ишемических инсультов. Причиной возникновения вертебробазилярной недостаточности может быть формирование аномального кольца на задней дуге атланта, приводящее к ограничению подвижности петли позвоночной артерии [2,3].

Цель исследования. Оценить изменение кровообращения в вертебробазилярной зоне при аномалии Киммерле.

Материалы и методы исследования. Были обследованы 24 пациентов (15 женщин и 9 мужчин) с диагностированной рентгенологически аномалией Киммерле. В зависимости от возраста обследуемых разделили на четыре группы:

- 1) 5 пациентов в возрасте до 30 лет,
- 2) 5 пациентов в возрасте от 31 до 40 лет,
- 3) 6 пациентов в возрасте от 41 до 50 лет,
- 4) 8 пациентов старше 51 года.

Результаты исследования и их обсуждение. Обследование проходили больные с цервикалгией. Обычно боль носила приступообразный характер (типа прострелов) с иррадиацией в область лопатки, плечо или затылочную область, иногда - в зону внутреннего уха, заднюю стенку глотки, подбородок. Возникновение боли пациенты связывали с «неудобным» положением головы или шеи во время сна, резким изменением их положения при движении и др. При пальпации шейного отдела позвоночника выявлялись болезненность и напряжение затылочных мышц.

На рентгенограммах шейного отдела позвоночника была обнаружена замкнутая костная перемычка первого шейного позвонка вокруг позвоночной артерии у 21 пациента (87,5 %) и незамкнутая – у 3 (12,5 %) пациентов. Сопутствующие дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника были установлены у 14 обследованных (58,3 % случаев). В основном они наблюдались в старшей возрастной группе.

По данным ультразвукового обследования определялось изменение хода позвоночных артерий в канале поперечных отростков шейных позвонков, особенно V3 и V4 сегментов со снижением или отсутствием их мобильности. Нормальная величина диаметра позвоночной артерии составляет от 2,0 до 5,0 мм. Значения систолической скорости кровотока по позвоночным артериям в норме переменны и находятся в диапазоне от 20 до 60 см/сек [5]. Методом ультразвуковой доплерографии у 20 пациентов (83,3 %) диагностирована разница кровотока в вертебробазилярной зоне правой и левой позвоночных артерий.

Критерием гипоплазии позвоночной артерии является величина диаметра менее 2,0 мм в сочетании с кровотоком, имеющим высокое периферическое сопротивление и низкую скорость [5]. При обследовании сосудистой системы в 7 случаях (37,5%) выявлялась гипоплазия одной из позвоночных артерий, в результате чего отмечались соответствующие расстройства мозгового кровообращения различной степени выраженности в системе позвоночных артерий. Так, диаметр (чаще правой) позвоночной артерии, в которой наблюдалась гипоплазия, был в 1,5 раза меньше ипсилатеральной и диаметр ее составлял от 1,6 до 1,9 мм. Только у 2 пациентов (8,3%) диаметр левой позвоночной артерии был меньше правой и составлял 1,9 мм. Уровень периферического сопротивления кровотока изменялся обратно пропорционально диаметру сосуда. При доплерографическом обследовании у всех пациентов с гипоплазией отмечались низкие скоростные и объемные показатели кровотока в гипоплазированной позвоночной артерии.

Аномалия Киммерле является одним из основных факторов риска раннего развития нарушений мозгового кровообращения и способствует дефектам артериальной гемодинамики [1]. При наличии сопутствующих дегенеративно-дистрофических изменений шейного отдела позвоночника наблюдается ещё большее снижение кровообращения в данной зоне, особенно в старшей возрастной группе. Аномалия Киммерле краниовертебрального перехода, наряду с другими экстравазальными причинами компрессии позвоночной артерии, атеросклеротическим и септальным стенозом позвоночной артерии, могут быть причиной вертебробазилярной недостаточности.

Выводы. Таким образом, ведущим структурным изменением церебральных артерий при спондилогенной вертебрально-базилярной недостаточности по данным ультразвукового обследования является изменение хода позвоночных артерий в канале поперечных отростков шейных позвонков; изменений внутрипросветной структуры не определяется. Примерно у трети пациентов есть доминантная позвоночная артерия, которая обладает большим диаметром и более высоким кровотоком по сравнению с противоположной стороной. Следует также подчеркнуть, что от величины диаметра позвоночной артерии зависит уровень периферического сопротивления: чем больше диаметр артерии, тем ниже уровень периферического сопротивления в ней.

Список литературы

1. Вертебробазилярная недостаточность, обусловленная костными аномалиями краниовертебрального перехода / А.А. Луцик [и др.] // Хирургия позвоночника. - 2016. - Т.13, №4. - С.49-55
2. Хроническая ишемия головного мозга: синдромологические подходы к терапии / И.А. Щукин [и др.] // Неврология и ревматология (Приложение к журналу Consilium Medicum). - 2015. - № 1. - С. 17-24
3. Андреева, И.В. Сравнительная оценка инструментальных методов исследования позвоночной артерии / И.В. Андреева, Н.В. Калина // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. - 2013. - Т. 23, № 18. - С. 103-108
4. Тимин, И.Е. Ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий / И.Е. Тимина, Е.А. Бурцева // Методические рекомендации. – М., 2018 – 39 с.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>М.К. Гулзода.</i>	3
История педиатрической службы и вклад педиатров в её развитие	
<i>Бабаева Л.А.</i>	5
Вклад учёных хирургов ТГМУ им. Абуали ибни Сино в науку и практическое здравоохранение Республики Таджикистан за период с 1939 по 2019 годы	
<i>Назаров Ш.К., Маликов М.Х., Али-Заде С.Г., Холматов П.К.</i>	8
Научные достижения учёных ТГМУ им. Абуали ибни Сино в области акушерства и гинекологии	
<i>Додхоева М.Ф.</i>	9
Новые технологии организации медицинской помощи детскому населению в стационаре	
<i>Одинаева Н. Дж.</i>	11
Донозологические состояния организма: оценка и прогнозирование	
<i>Шукуров Ф.А., Халимова Ф.Т.</i>	12

ИСТОРИИ КАФЕДРЫ

История кафедры акушерства и гинекологии №1	15
Достижения кафедры акушерства и гинекологии №2	16
Таърихи мухтасари кафедраи анатомияи одам ва истилохоти тиббии лотинии ба номи Я.А.Раҳимов	19
История кафедры анестезиологии и реаниматология	22
Кафедра биоорганической и физколлоидной химии	24
Кафедра медицинской биологии с основами генетики	25
Достижения кафедры биохимии за 80 лет	27
Становление и перспективы развития кафедры внутренних болезней №3	30
История кафедры внутренних болезней №1	34
История кафедры внутренних болезней №2	36
История и достижения кафедры гистологии	38
История и достижения кафедры дерматовенерологии	40
История развития кафедры детской хирургии	44
Становление, развитие и научные достижения кафедры детских болезней №2	49
Очерки истории кафедры детских болезней	51
Научная деятельность кафедры детских инфекционных болезней	53
История создания кафедры «инновационной хирургии и трансплантологии»	57
Научно-практическая деятельность кафедры инфекционных болезней	59
История развития и достижения кафедры оториноларингологии	60
Достижения кафедры ЛФК и восточной медицины	64
Кафедраи физикаи тиббӣ ва биологӣ бо асосҳои технологияи информатсионӣ	66
История кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии	69
Таърихи дирузу имрузи фаъолияти кафедраи асабшиносӣ	70
Кафедраи ҷарроҳии асаб ва садамаҳои омехта	74
История развития кафедры гигиены и экологии	76
Саҳми кафедраи ҷарроҳии умумии № 1	78
История и перспективы развития кафедры общей хирургии №2	80
История кафедры общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины	81
Достижения и перспективы развития кафедры ортопедической стоматологии	83
Таърихи кафедраи офталмология	85
Кафедра патологической физиологии	86
Кафедра патологической анатомии	87
История кафедры пропедевтики детских болезней и вклад руководителей в её развитие	89
Очерк истории кафедры психиатрии и наркологии им. проф. М.Г.Гулямова	92
Кафедра русского языка	95
Кафедра семейной медицины №1	98
Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии история	100
Кафедраи забони тоҷикӣ	101
Таърих ва дурнамои кафедраи тарбияи ҷисмонӣ	105
Кафедра терапевтической стоматологии	108
Вклад кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии	111
Кафедра фармацевтической и токсикологической химии	113

Кафедра фармакологии	116
История кафедры фтизиатрии	118
История кафедры хирургических болезней №1	120
Вклад кафедры хирургических болезней №2	122
Таърихи кафедраи ҷарроҳии ҷоғу рӯй	125
Достижения кафедры эндокринологии	128
Эссе к юбилею	130

ХИРУРГИЯ

Панкреатит-ассоциированный острый респираторный дистресс-синдром <i>Абдуллажанов Б.Р., Бабаджанов А.Х., Ибрагимов С.Х.</i>	131
Пути улучшения результатов геморроидэктомии внутренних геморроидальных узлов при хроническом геморрое <i>Абдуллоев Д.А., Набиев М.Х., Холов А.Д.</i>	131
Моделирование непроходимости мезентеральных артерий и изучение морфологических и биохимических изменений в эксперименте <i>Абдуллоев З.Р., Бахромов М.Б., Мансуров Х.Н., Абдуллаев А.А.</i>	132
Холецистэктомии у больных с диффузными заболеваниями печени <i>Абдуллозода Д.А., Сайфудинов Ш.Ш., Гуломов Л.А.</i>	133
Пути улучшения результатов лечения больных с острым обтурационным холециститом и высоким операционно-анестезиологическим риском <i>Абдуллозода Д.А., Гуломов Л.А., Сайфудинов Ш.Ш.</i>	135
Лечебная эндоскопия в комплексной терапии гастродуоденальных язв <i>Абдурасулов А.А., Абдурозиков А.А., Зокиров Р.А., Джамилев Р.Д.</i>	137
Роль профилактики дисфункции эндотелия в улучшении отдаленных результатов каротидной эндартерэктомии <i>Абдурахманов М.М., Умаров Б.Я.</i>	138
Влияние гормональной терапии миомы матки на климактерический период <i>Абдурахманова Ф.М., Кадамалиева М.Д., Ф.Ф. Абдурахманова, Умарова Т.С.</i>	139
Аппликационно-сорбционный способ местного лечения ожоговых ран <i>Абдурозиков А.А., Зокиров Р.А., Абдурасулов А.А., Джамилев Р.Д.</i>	141
Выбор способа герниопластики при паховой грыже в зависимости от анатомических особенностей пахового канала <i>Абдурозиков А.А., Зокиров Р.А., Абдурасулов А.А., Джамилев Р.Д.</i>	142
Высокие технологии в диагностике и лечении эхинококкоза печени <i>Азиззода З.А., Курбонов К.М., Пулотов Дж.О.</i>	143
Вопросы диагностики и хирургического лечения рецидивных форм эхинококкоза печени <i>Азиззода З.А., Курбонов К.М.</i>	145
Раннее диагностирование сепсиса и новый подход в интенсивной терапии у ожоговых больных <i>Акрамова Ф.К., Кадырова Д.Д.</i>	147
Эффективность скрининга предракковых образований толстой кишки с использованием широкоугольной эндоскопии с высоким разрешением и NBI-технологией <i>Алексеев А.А., Губарь А.С., Яковенко В.О.</i>	148
Миниинвазивные хирургические вмешательства в лечении больных с панкреонекрозом <i>Али-Заде С.Г., Назаров Х.Х., Салимов Д.С., Жабинов Ф.И.</i>	150
Сравнение методов уретропластики при разных типах гипоспадии <i>Аминулло Х., Додулло Ш., Ахмад В.А., Холов Ш.И.</i>	151
Изменения объема яичек при варикоцеле у подростков <i>Артыков К.П., Маликов М.Х., Хусейнзода Д.</i>	152
Диаметр внутренней семенной вены у подростков с варикоцеле до и после операции <i>Артыков К.П., Маликов М.Х., Хусейнзода Д.</i>	153
Наш опыт лавсанопластики передней крестообразной связки <i>Аскарлов А.Т., Раззоков А.А., Хасанов Б.Н., Мухамедова И.Г.</i>	155
Кифосколиоз у детей при нейрофиброматозе I типа <i>Афанасьев А.П., Комолкин И. А., Юнусов И.А., Шаймонов А.Х.</i>	156
Хирургическое лечение злокачественных новообразований печени <i>Ахмадзода С.М., Сангинов Д.Р., Сафарзода Н.А.</i>	158
Изменения гемодинамики и легочного газообмена при спинальной анестезии <i>Ахмедов Д.А., Шамсзода Х.А., Давлатзода Б.Х.</i>	160
Интенсивная терапия септического шока <i>Ахмедов Д.А., Шамсзода Х.А., Давлатзода Б.Х., Хомидов М.Г.</i>	161
Лечение чрез- и надмышечковых переломов плечевой кости у детей методом чрескожной фиксации	162

<i>Ахмедов К.Р., Самиев Б.Ш., Нуров С.</i>	
Опыт оперативного лечения дивертикулеза толстой кишки у лиц пожилого и старческого возраста	
<i>Ахмедов М.А., Мирзахмедов М.М., Арипова Н.У., Исроилов Б.Н., Иватов М.</i>	163
Диагностика и лечение острого калькулёзного холецистита у больных с повышенным операционным риском	
<i>Ашууров А.С., Кобилов К.К., Муродов И.Х., Джаборов А.И.</i>	167
Изменения массы тела женщин после перенесенного брюшного тифа	
<i>Ашуурова Н.М., Додхоева М.Ф.</i>	168
Диагностика послеоперационных поддиафрагмальных абсцессов	
<i>Баротов Х.Х., Набиев М.Х., Сафаров К.Х.</i>	170
Особенности лапароскопической холецистэктомии с использованием трёх лапаропортов у больных с сопутствующими патологиями	
<i>Бахромов М.Б., Расулов Н.И., Нуров З.М., Хакимов М.Х.</i>	171
Пренатальный скрининг при родственных браках	
<i>Бобджонова О.Б., Абдурахманова Ф.М., Кадамалиева М.Д., Абдурахманова Ф.Ф.</i>	173
Гестационный процесс и его исход при родственных браках	
<i>Бобджонова О.Б., Абдурахманова Ф.М., Кадамалиева М.Д.</i>	175
Хирургическое лечение множественного эхинококкоза головного мозга	
<i>Бобджонов М.Н., Бердиев Р.Н., Рахмонов Х. Дж.</i>	176
Лечение осложнений оперативного лечения единственной почки. Клиническое наблюдение	
<i>Богомоллов О.А., Школьник М.И., Прохоров Д.Г., Поликарпов А.А., Мираков Р.С.</i>	177
Функциональные и ранние онкологические результаты при выполнении 2d и 3d лапароскопической простатэктомии	
<i>Богомоллов О.А., Школьник М.И., Белов А.Д., Сидорова С.А., Прохоров Д.Г., Мираков Р.С.</i>	180
Накши фиброколоноскопия дар пештири ва муайян намудани саратони рӯдаи гафс	
<i>Боронов С.Н., Хакимов С. Қ, Махмадов Б. Р.</i>	182
Видеолапароскопия в диагностике и лечении послеоперационного перитонита	
<i>Газиев З.Х., Ёров Ё.Б., Тошев Ш.А., Кобилов И.И.</i>	184
Острое отравление змеиными ядами: клиника, первая помощь и лечение	
<i>Гарибшоева Г.Д., Набиев М.Х., Бегаков У.М.</i>	186
Оценка результатов аутотрансплантации пальцев стопы на кисть у детей	
<i>Голяна С.И., Тихоненко Т.И.</i>	188
Выбор хирургического метода лечения недостаточности анального сфинктера у женщин	
<i>Гулзода М.К., Иброхимов Ю.Х., Кахарова Р.А., Абдуллоева Ф.Б.</i>	188
Результаты лечения острого анаэробного парапроктита, осложненного флегмоной фурнье	
<i>Гулзода М.К., Иброхимов Ю.Х., Кахарова Р.А., Зубайдов Т.Н.</i>	189
Состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты организма у больных с доброкачественными узловыми образованиями щитовидной железы	
<i>Гулзода М.К., Кобилов К.К., Расулов А.Г., Тошев Ш.А.</i>	191
Особенности лапароскопической эхинококкэктомии у больных эхинококкозом печени	
<i>Гулов М.К., Зардаков С.М., Джаборов А.И., Расулов Н.И., Бахромов М.Б.</i>	193
Консервативная терапия острых неосложненных риносинуситов препаратом Бестим	
<i>Гуломов З.С., Саидов Д.Х.</i>	194
Герпетическая инфекция у женщин репродуктивного возраста г. Душанбе	
<i>Гуломхайдарова Д.А., Кадамалиева М.Д., Бобджонова О.Б.</i>	196
Лапароскопическая диагностика туберкулезного перитонита с использованием центрального венозного катетера	
<i>Сафаров Ч.Б., Гулишанова С.Ф., Достиев У.А., Каримов М.А.</i>	197
Аллотрансплантация правой доли печени и методики наложения венозного анастомоза	
<i>Гулишанова С.Ф., Исмоилзода С.С.</i>	199
Применение метода плазмолифтинга в лечении остеоартроза коленного сустава	
<i>Давлатов Х.С., Исमतов Д.Н., Джураев Х.М.</i>	200
Анализ результатов хирургической коррекции миопии	
<i>Дадамухаммедова Ш.М., Назаров Ж.У.</i>	202
Эффективность применения Сандостатина и Цеметидина при комплексном лечении ОГДЯК у больных пожилого и старческого возраста	
<i>Джамиллов Р.Д., А.А. Абдурасулов, А.А. Абдурозиков, Р.А. Зокиров</i>	203
Влияние антихеликобактерной терапии на течение язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной кровотечением у больных пожилого и старческого возраста	
<i>Джамиллов Р.Д., Абдурасулов А.А., Абдурозиков А.А., Зокиров Р.А.</i>	205
Применение несвободного пахового лоскута при дефектах покровных тканей кисти в экстренной реконструктивной хирургии	
<i>Джононов Дж.Д., Давлатов А.А., Каримзода Г.Д.</i>	206

Современные методы лечения уролитиаза, осложненного постренальным повреждением почек <i>Джумаев И.Н., Шамсиев Дж.А., Давлатов С.У., Бобиев И.Ф.</i>	207
Факторы риска тяжелой преэклампсии <i>Додхоева М.Ф., Олимова Ф.З., Усманова Г.М.</i>	209
Холецистэктомия при полипозе желчного пузыря <i>Достиев А.Р., Салимов Д.А., Боймуродов О.С., Каримов А.М.</i>	211
Метод мирингопластики с применением децеллюляризованного матрикса ксенобрюшины в эксперименте <i>Есниязов Д.К., Абатов Н.Т., Бадыров Р.М., Тулегенов Т.С., Кимиль А.Д.</i>	213
Миниинвазивные вмешательства в хирургическом лечении синдрома механической желтухи <i>Жакиев Б.С., Айтбаева А.М., Базарбай А.А.</i>	215
Совершенствование методов лечения синдрома диабетической стопы <i>Зокиров Р.А., Абдурозиков А.А., Абдурасулов А.А., Джамиллов Р.Д.</i>	216
Комплексное лечение больных с ишемическими формами синдрома диабетической стопы <i>Зокиров Р.А., Абдурозиков А.А., Абдурасулов А.А., Джамиллов Р.Д.</i>	218
Состояния процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у пациентов со сложными формами эпителиального копчикового хода <i>Зубайдов Т.Н., Абдуллоева Ф.Б., Зубайдова С.Т.</i>	219
Сравнительная оценка отдаленных результатов у пациентов со сложными формами эпителиального копчикового хода <i>Зубайдов Т.Н., Абдуллоева Ф.Б., Зубайдов Н.Т.</i>	220
Неотложная хирургия острой артериальной непроходимости верхних конечностей <i>Зугуров А.Х., Султанов Д.Д., Курбанов Н.Р., Камолов Р.С.</i>	222
Особенности интенсивной терапии и респираторной поддержки при абдоминальном компартмент-синдроме <i>Ибадов Р.А., Арифжанов А.Ш., Ибрагимов С.Х., Абдуллажанов Б.Р.</i>	224
Вентилятор-ассоциированный трахеобронхит у больных после торакоабдоминальных операций <i>Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х., Шаниева З.А., Абдуллажанов Б.Р.</i>	225
Мышечная транспозиция при застарелых повреждениях лучевого нерва <i>Ибрагимов Э.К., Махмадкулова Н.А., Мансуров Х.Н., Кахоров А.З., Ашууров А.С.</i>	226
Распространенность и характер заболеваний гортани по данным обращаемости <i>Исмоилова М.А., Махмудназаров М.И., Муродова П.Ф.</i>	227
Панкреатодуоденальная резекция при раке головки поджелудочной железы с синдромом портальной гипертензии <i>Исмоилзода С.С., Гулшанова С.Ф., Миргозиев М.К.</i>	229
Тактика при случайном обнаружении рака желчного пузыря во время лапароскопической холецистэктомии <i>Исмоилзода С.С., Сафаров Ч.Б., Каримов М.А., Достиев У.А.</i>	230
Папилломавирусная инфекция в патогенезе осложненной эктопии шейки матки <i>Кадамалиева М.Д., Абдурахманова Ф.М., Шарипова М.Б., Клюткина Н.А.</i>	231
Климактерический синдром и применение фитоэстрогенов <i>Кадамалиева М.Д., Абдурахманова Ф.М., Содикова Г.Н., Клюткина Н.А.</i>	233
Отдаленные результаты аутопластики конъюнктивальным лоскутом у больных с крыловидной плевой <i>Кадирова А.М., Рузиев Т.Х., Хамракулов С.Б.</i>	235
Клинический случай анестезии больной с поливалентной лекарственной аллергией <i>Кадырова Д. Д., Акрамова Ф.К., Давлатзода Б.Х.</i>	236
Особенности фетоплацентарного комплекса у юных беременных <i>Кадырова С.Г., Абдуллаева Р.А., Салахиддинова Г.Н., Шералиева М.Г.</i>	238
Хирургическое лечение низкоэнергетических переломов при нарушенном костном метаболизме <i>Каримов К.К., Наимов А.М., Парпиев Ф.М., Абдурозиков М.М.</i>	239
Профилактика травматизма и исходы лечения пострадавших при ДТП <i>Каримов К.К., Аминов М.С., Курбанов Х.Ф., Абдурозиков М.М.</i>	240
Результаты эндоскопического исследования у больных с ХБП пятой стадии <i>Каримов М.А., Мавлонов Ф.Б., Сафаров Ч.Б., Тагоев С.Х.</i>	241
Лапароскопическая хэнд-ассистированная донорская нефрэктомия: Опыт выполнения 20 операций <i>Каримов М.А., Исмоилзода С.С., Ганиев Ф.А., Мавлонов Ф.Б., Миргозиев К.М.</i>	243
Результаты эксимерлазерной коррекции зрения <i>Каримов М.Б., Саъдуллоева Б.Х., Хайдаров З.Б., Зиёзода М.Р.</i>	246
Анализ структуры заболеваний органа зрения по данным глазного кабинета приёмного отделения ГУ «НМТ РТ» за 2016-2018 гг. <i>Каримов М.Б., Махмадкулова М., Хамидов И.Д., Нуриддинов Дж.А.</i>	247
Осложнения беременности и родов женщин с дородовым разрывом плодных оболочек <i>Каримова У.А., Вафоева Н.В., Кадырова С.Г.</i>	248

Безопасность использования мизопроста для индукции родов при дородовом разрыве плодных оболочек	
<i>Каримова У.А., Раъабзода Н.Ф., Абдуллаева Р.А., Узакова У.Д.</i>	249
Нарушения регуляции водно-электролитного обмена при черепно-мозговой травме	
<i>Куватов Ш.К., Ахмедов Д.А., Шамсзода Х.А.</i>	251
Травматические повреждения подколенной артерии	
<i>Курбанов Н.Р., Камолов А.Н., Зугуров А.Х., Курбанов С.П.</i>	252
Анализ результатов стабильно-функционального остеосинтеза при переломах длинных костей нижних конечностей	
<i>Курбанов С.Х., Абдуллоев М.С., Мавлонов Ч.Б., Аскарлов А.Т.</i>	253
Особенности диагностики и хирургического лечения срединных кист шеи	
<i>Курбанов У.А., Джанобилова С.М., Холов Ш.И., Муродов Д.К.</i>	255
Хатлонский государственный медицинский университет - первые шаги в подготовке медицинских кадров	
<i>Курбанов У.А., Ахмадов Ш.Р., Саидов И.З., Усмонова У.Х., Ахадов Ш.Ф.</i>	256
Использование способа «butterfly» при устранении дерматогенных контрактур передней поверхности шеи	
<i>Курбанов У.А., Саидов И.С., Давлатов А.А., Джононов Дж.Д.</i>	258
Лечение посттравматической варусной деформации локтевого сустава у детей	
<i>Курбанова Р.Т., Мирзоева С.М., Садилов В.З.</i>	259
Анализ результатов ревизионного остеосинтеза при хирургическом лечении переломов длинных костей конечностей	
<i>Курбанов С.Х., Абдуллоев М.С., Мирзобеков К.С., Хасанов Б.Н.</i>	260
Результаты применения протоколов ускоренного выздоровления «fast track» в хирургии опухолей желудочно-кишечного тракта у пациентов старческого возраста	
<i>Лядов В.К.</i>	262
Оценка эффективности применения препарата латасопт при лечении больных с первичной открытоугольной глаукомой	
<i>Мазабшоев А.М., Кадырова Н.А., Юнусова З.И., Саидов Х.А.</i>	263
Изучение сенсibiliзирующих свойств децеллюляризованной ксеногенной брюшины при пластике дефектов передней брюшной стенки	
<i>Максяткина Л.В., Абатов Н.Т., Ахмалудинова Л.Л., Бадыров Р.М., Цильке П.А., Пономарев Е.А.</i>	264
Реконструкция сосудисто-нервных пучков при дефекте мягких тканей верхней конечности	
<i>Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Хасанов М.А.</i>	266
Выбор трансплантатов при коррекции мягкотканого дефекта верхних конечностей	
<i>Маликов М.Х., Карим-заде Г.Д., Махмадкулова Н.А.</i>	267
Коррекция остаточной функции кисти путём сухожильно-мышечной транспозиции	
<i>Маликов М.Х., Хасанов М.А., Махмадкулова Н.А.</i>	269
Хирургическая тактика при переднебоковых грыжах живота	
<i>Маликов М.Х., Курбанов Дж.М., Мамадаминова Х.Х.</i>	271
Состояние слуха у больных с хроническим гнойным средним отитом в зависимости от формы и течения патологического процесса	
<i>Махмадиев А.А., Адылова Ф.Х., Урунбаева М.Г.</i>	272
Эффективность тимпаноластики при разрыве барабанной перепонки	
<i>Махмадиев А.А., Холматов Д.И., Адылова Ф.Х.</i>	274
Оид ба тадқиқи скринингии пешгирии бемориҳои аввалияи саратонии роstrуд ва рӯдаи ғафс	
<i>Маҳмадкаримов Ш., Боронов С.Н., Ҳақимов С. Қ., Маҳмадов Б. Р.</i>	275
Синдактилия кисти: диагностика и хирургическое лечение	
<i>Махмадкулова Н.А. Маликов М.Х., Ибрагимов Э.К.</i>	276
Роль ретинальной камеры smartscore pro в фотодокументации гипертонических изменений на глазном дне	
<i>Махмадов Ш.К., Халимова З.С., Рахимова З.И., Гулов Б.Н.</i>	278
Неблагоприятные факторы при развитии гидрофтальма	
<i>Махмадов Ш.К., Кадырова Н.А., Рахимова З.И.</i>	278
Мукоцилиарный транспорт и характер носового секрета у пациентов с сочетанной патологией носа	
<i>Махмудназаров М.И., Тохирова М.Г., Бекназарова Г.М.</i>	279
Усовершенствование хирургического лечения больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с патологией носовых раковин	
<i>Махмудназаров М.И., Туйдиев Ш.Ш., Ахророва З.А.</i>	280
Применение бронхо - мунала у детей с заболеваниями верхних дыхательных путей	
<i>Меҳмондустов С.Г., Шоев М.Д., Урунбаева М.Г.</i>	282
Эффективность дипроспана при аллергическом рините	283

<i>Мехмондустов С.Г., Муродов Ш.Д., Ятимов Х.Р.</i>	
Особенности изменения электролитного баланса у собак с единственной оставшейся почкой после денервации в условиях низкогогорья и высокогорья	
<i>Мираков Р.С., Ризоев Х.Х., Мираков Х.М., Фахридинов М.Б.</i>	284
Применение метода брюшно-анальной резекции прямой кишки при болезни гиришпрунга у взрослых	
<i>Мирзахмедов М.М.</i>	286
Современные аспекты диагностики и лечения болезни гиришпрунга у взрослых	
<i>Мирзахмедов М.М.</i>	288
Хронический урогенитальный хламидиоз у половых партнеров	
<i>Мирзоева М.Б., Хакназарова М.А., Клюткина Н.А.</i>	291
Эпидемиологическая характеристика и перинатальные исходы у беременных с вирусными гепатитами В и С	
<i>Мирзоева М.Б., Абдусаматова З.М., Сарыева М.С.</i>	292
Оперативное лечение доброкачественных опухолей и опухолевидных заболеваний у детей	
<i>Мирзоева С.М., Курбанова Р.Т.</i>	294
Лечение остеоартроза таранно-пяточного сустава	
<i>Мирзокаримов У.М., Хасанов Б.Н., Аскарлов А.А., Назаров И.Р.</i>	296
Профилактика и лечение остеопороза у лиц старческого возраста	
<i>Мирзокаримов У.М., Раззоков А.А., Аскарлов А.Т.</i>	298
Выбор метода хирургического лечения поясничных межпозвонковых грыж диска при мультифакторном сужении межпозвонкового отверстия	
<i>Муродов Р.Р., Зокиров Ш.Ф., Шоназаров Н.О.</i>	299
Дегенеративно-дистрофические поражения шейного отдела позвоночника. Шейная миелопатия	
<i>Р.Р. Муродов, Ш.Ф. Зокиров, Н.О. Шоназаров</i>	300
К вопросу о хирургическом лечении кишечной непроходимости, обусловленной опухолью левой половины толстой кишки	
<i>Мусоев Д.А., Достиев А.Р., Холбоев С.А., Курбонов Ч.Ч.</i>	302
Основные факторы риска развития хронического простатита в амбулаторной практике	
<i>Мустафакулов С.С., Шамсиев Дж.А., Усмонов Б.Н., Сидиков А.Ш.</i>	304
Осложнения острого ретроректального парапроктита	
<i>Мухаббатов Дж.К., Давлатов Дж.Дж., Нозимов Ф.Х., Каримов Ш.А.</i>	305
Способ хирургического лечения сложных свищей прямой кишки у больных с сахарным диабетом	
<i>Мухаббатов Дж.К., Хамроев Б.М., Нозимов Ф.Х., Каримов Ш.А.</i>	307
Варианты костной пластики в лечении хронического остеомиелита длинных костей	
<i>Мухамедова И.Г., Раззаков А.А., Аскарлов А.Т., Назаров И.Р.</i>	308
Видеолaparоскопическое лечение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы	
<i>Мухиддинов Н.Д., Болтуев К.Х., Курбонов Н.Г.</i>	310
Анализ эффективности оказания помощи у больных с синдромом диабетической стопы	
<i>Набиев М.Х., Абдуллоев Д.А.</i>	311
Тактика лечения у больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы	
<i>Набиев М.Х., Саидов К.М.</i>	313
Наш опыт лечения ложных суставов несросшихся переломов и остеомиелитов бедренных костей с применением аппарата Илизарова	
<i>Назаров И.Р., Аскарлов А.Т., Хасанов Б.Н., Мирзокаримов У.М.</i>	314
Результаты лечения и профилактики инфекций мочевой системы у реципиентов с почечным трансплантатом	
<i>Назаров П.Х., Достиев А.Р.</i>	315
Симультантные операции у больных с паховыми грыжам и аденомой предстательной железы	
<i>Назаров Х.Ш., Али-Заде С.Г., Холиков Х.Л., Худойбердиев И.Х.</i>	317
Диагностика и тактика лечения скользящей паховой грыжи	
<i>Назаров Х.Ш., Назаров Ш.К. Сараев А.Р., Одинаев М.С.</i>	319
Особенности течения, принципы диагностики и лечения острого деструктивного панкреатита	
<i>Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Додихудоев Р.А., Джонов Б.Н.</i>	320
Принципы диагностики и оперативных вмешательств при эхинококкозе печени	
<i>Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Джонов Б.Н., Фарзонаи Иброхим</i>	322
Мининвазивные перкутантные эхоконтролируемые вмешательства при механической желтухе доброкачественного генеза	
<i>Назирбоев К.Р., Курбонов К.М.</i>	323
Клинико-патогенетические особенности течения панкреатита билиарной этиологии	
<i>Назыров Ф.Г., Деятов А.В., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р., Байбеков Р.Р.</i>	325
Особенности течения острого билиарного панкреатита	
<i>Назыров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р., Байбеков Р.Р.</i>	326

Клинико-гемостазиологические параллели у беременных системы гемостаза в прогнозирование акушерских кровотечений <i>Негматуллаева М.Н., Хамидова Н.Р., Ахмедов Ф.К.</i>	327
Современная диагностика - определение маркеров преэклампсии <i>Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И., Ахмедов Ф.К.</i>	329
Опыт различных реконструктивно-восстановительных операций при обширных дефектах век <i>Нуридинов Й.М., Махмудова Л.Ш., Салимов Ф.И., Ниязов И.К.</i>	330
Продолжительность традиционной нефрэктомии в зависимости от причин, приводящих к оргауноносящей операции и индексу массы тела <i>Одилов А.Ю., Кадыров З.А., Салимов Х.Г., Холалиев А.А.</i>	332
Хирургическая коррекция седловидного носа <i>Одинаева М.С., Файзуллоева М.Ф., Саидов И.С.</i>	333
Результаты различных методов холецистэктомии у больных ишемической болезнью сердца и холелитиазом <i>Олимй М., Амонов Ш.Ш., Файзиев З.Ш.</i>	334
Методика склеротерапии при больших объёмных гидроцеле <i>Олимов Р.Х., Пиров Т.А., Салимов Х.Г., Сидиков А.Ш.</i>	335
Тактика оперативного лечения больных спондилолистезом с применением транспедикулярной системы коррекции поясничного отдела позвоночника <i>Пардаев С.Н., Тиялков Х.А., Жураев И.Г., Назаров С.</i>	337
Оценка эффективности магнитно-резонансной томографии в диагностике острых неосложненных компрессионных переломов у больных с травмой грудного и поясничного отделов позвоночника <i>Парпиев Ф.М., Мирев М.М., Норев М.Ш., Шарифов Н.М.</i>	339
Оптимизация лечения сочетанной травмы таза с повреждением мочевого пузыря <i>Парпиев Ф.М., Халимов М.Х., Назаров Ф.И. Аминов А.Х.</i>	340
Течение беременности у пациенток с гестационным сахарным диабетом <i>Пирматова Д.А., Додхоева М.Ф.</i>	341
Прибавка массы тела у пациенток с гестационным сахарным диабетом <i>Пирматова Д.А., Раджабова С.А.</i>	342
Протокол ускоренного восстановления (fast-track) в хирургическом лечении больных раком желудка <i>Поморцев Б.А., Лядов В.К., Павленко А.Н.</i>	343
Сравнительный анализ течения постменопаузального остеопороза с переломами шейки бедра у много-рожавших и малорожавших женщин <i>Раззоков А.А., Эхсонов А.С.</i>	345
Анализ факторов риска развития постменопаузального остеопороза с переломами шейки бедра и их последствиями у много-рожавших женщин <i>Раззоков А.А., Эхсонов А.С.</i>	347
Результаты сочетанных операций при парапроктитах <i>Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М., Рустам уулу И., Камчиев К.Н., Ырысматова З.А.</i>	349
Тактика лечения острого парапроктита в сочетании с хроническим геморроем 3-4 степени <i>Райымбеков О.Р., Камчиев К.Н., Жолболдуев Ж.М., Рустам уулу И., Ырысматова З.А.</i>	350
Безаппаратная дезартеризация внутренних геморроидальных узлов с одновременным удалением наружных узлов <i>Райымбеков О.Р., Жолболдуев Ж.М., Камчиев К.Н., Рустам уулу И., Ырысматова З.А.</i>	351
Применение ангиостимулирования при лечении цирроза печени <i>Рамазанов М.Р., Алиев Б.О., Алиева К.А.</i>	353
Топографо – анатомические особенности гепатобилиарной зоны в зависимости от типа телосложения больных <i>Расулов Н.И., Нуров З.М., Бахромов М.Б., Муродов И.Х., Зардаков С.М.</i>	354
Роль трансуретральной резекции в лечении лейкоплакии мочевого пузыря <i>Рахимов Д.А., Турдалиев С.Х., Самадов Б.М., Бобоев Ш.С.</i>	356
Результаты лечения больных с камнями различных отделов мочеточников <i>Рахимов Д.А., Тусматов Ш., Убайдуллоев А.Х., Турдалиева Г.С.</i>	356
Малоинвазивные методы лечения гнойно-деструктивных форм острого пиелонефрита <i>Рахимов Д.А., Сафаров М.М., Сафаров З.М., Рахими Ш.Д.</i>	358
Хирургическое лечение ятрогенных повреждений мочевых путей <i>Рахимов Д.А., Джураев М.А., Джураев И.И., Джураев Х.И.</i>	358
Клиническое значение определения показателей кислотно-щелочного состояния при острой дыхательной недостаточности <i>Рахимов Н.Г., Амонов Д.М., Нуров А.П.</i>	359
Лечение ложной аневризмы периферических артерий <i>Рахматуллаев Р., Норев А.Х., Рахматуллаев А.Р.</i>	360

Оптимизация методов хирургического лечения эхинококкоза органов брюшной полости <i>Рахматуллаев Р., Хасанов С.М., Ашуров А.С., Ибрагимов Ш.Б.</i>	361
Первичная диагностика, лечение и профилактика осложнений при мочекаменной болезни <i>Рахмонов Т.Б., Шамсиев Дж.А., Гадоев А.М.</i>	362
Сравнительная оценка интраоперационных показателей при удалении грыжи межпозвонкового диска <i>Рахмонов Х.Дж., Бердиев Р.Н., Ризоев И.М.</i>	364
Видеолапароскопия при кистозных образованиях печени <i>Рашидов Ф.Ш., Бокиев Ф.Б., Мухамедова З.Ш., Бафоева Х.Ф.</i>	366
Опыт хирургического лечения стриктур задней части уретры <i>Ризоев Х.Х., Мираков Р.С., Мираков Х.М., Абдусаматов Р.М., Толибов А.Х.</i>	367
Местное применение воздушной смеси озона и масла «шукур май» в лечении гнойно-воспалительных ранах <i>Садуов М.А., Макарова Э.А., Кулманова Н.Е.</i>	368
Роль остеоденситометрии в диагностике остеопороза у женщин <i>Садуов М.А., Закирова А.И., Сисенова Ж.А.</i>	370
Озон в комплексном лечении больных с осложненными формами синдрома диабетической стопы <i>Саидов К.М., Набиев М.Х., Боронов Т.Б.</i>	372
Сочетанные осложнения гастродуоденальных язв: Взгляд на хирургическую тактику (обзор) <i>Сайдалиев Ш.Ш., Назаров Ш.К., Мавджудов М.М., Нажмудинов Ф.Н.</i>	374
Роль санитарно-просветительной работы в раннем выявлении онкологических заболеваний органов женской репродуктивной системы <i>Сайфутдинова М.Б., Мансуров Ф.С., Али-Заде С.Г.</i>	375
Результаты лечения пациентов с кистозным эхинококкозом печени <i>Салимов Д.С., Достиев А.Р., Али-Заде С.Г., Боймуродов О.С.</i>	376
Реконструкция дефектов головы и шеи лоскутом на большой грудной мышце. Опыт таджикских онкологов <i>Сангинов Дж.Р.¹, Ниязов И.К.¹, Салимов Ф.И.</i>	378
Меланома кожи: проблемы и перспективы диагностики и лечения в Республике Таджикистан <i>Сангинов Д.Р., Райхонов Ф.Х., Ниязов И.К.</i>	379
К вопросу о риске резистентности злокачественной трофобластической опухоли <i>Сангинов Д.Р., Сатторова М.А., Бокиев С.А.</i>	381
Оптимизация хирургического лечения базальноклеточного рака кожи век <i>Сангинов Д.Р., Махмудова Л.Ш., Назаров Ш.О.</i>	381
Лечение рака красной каймы губ. Состояние проблемы <i>Сангинов Д.Р., Мазхабов Дж.М., Ниёзов И.К., Мухидинов Дж.Б.</i>	382
Результаты применения модифицированной аутопластики пахового канала в ближайшие сроки после операции <i>Сапиева С.Т., Алиякпаров М.Т., Абатов Н.Т., Бадыров Р.М., Прокопьева Т.А., Григолашвили С.Г., Пак А.А.</i>	383
Методы прогнозирования исхода при распространенном перитоните <i>Сараев А.Р., Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Джонов Б.Н.</i>	385
Профилактика ранних послеоперационных осложнений у больных с распространенным перитонитом <i>Сараев А.Р., Назаров Ш.К., Назаров Х.Ш., Халимов Дж. С.</i>	387
Оптимизация тактики хирургического лечения сочетанных повреждений таза <i>Сафаров А.Х., Хасанов М.Ю., Сироджзода М.С., Сироджов К.Х.</i>	389
Инфекционные осложнения у больных с мочекаменной болезнью в послеоперационном периоде <i>Саъдуллоев Ф.С., Одинаев Х.С., Гафурова Б.Ш., Ибодова Г.Х.</i>	390
Результаты нефропексии с применением сеток из полипропилена (prolene) и полипропилена / полиглекапрона (ultrapro) <i>Севастьянов Л.В., Абатов Н.Т., Асамиданов Е.М., Сыздыков А.Г., Ескермесов Д.Б.</i>	393
Варикозная болезнь у работников медицинских учреждений <i>Солиев О.Ф., Султанов Д.Д., Джабаров Х.А., Туйчиев Дж.А.</i>	394
Сравнительный анализ результатов лечения варикозной болезни вен нижних конечностей методом эндовенозной лазерной облитерации с использованием радиального световода и традиционной флебэктомии <i>Солиев О.Ф., Султанов Д.Д., Гульмурадov У.Т., Джабаров Х.А., Туйчиев Ж.А.</i>	396
Влияние инфузионной терапии во время экстренного оперативного вмешательства на уровень гемоглобина и развитие инфекционных осложнений у пострадавших с торакоабдоминальными травмами <i>Сорокин Э.П., Шиляева Е.В., Старовойтов С.О.</i>	397
Оценка условий труда работников цеха капитального ремонта электролизных ванн и их влияние на аномальный рост конъюнктивы <i>Сулейманова Ф.А., Махмадов Ш.К., Бобоева Т.С.</i>	399

Гигиеническая оценка основных цехов алюминиевого производства и его влияние на цветоощущение работников <i>Махмадов Ш.К., Бабаев А.Б., Сулейманова Ф.А.</i>	401
Болезнь и синдром Рейно: общие и отличительные клинические семиотики <i>Султанов Д.Д., Рахмонов Д.А., Камолов А.Н.</i>	402
Особенности лечения при осколочно-раздробленном переломе дистального конца плечевой кости с использованием реконструктивных пластинок и шурупов <i>Тураев Б.Т., Эранов Н.Ф., Эранов Ш.Н.</i>	404
Изменения уровня ХГ в системе мать-плацента-плод, при резус-несовместимой беременности <i>Бахриев Н.Р., Сабирова Д.Ш., Тураева Н.О.</i>	405
Выбор хирургического лечения хронических внутримозговых гематом <i>Турдибоев Ш.А., Рахмонов Х.Д., Мавлонов Дж.Б.</i>	406
Оперативное лечение оскольчатых, внутрисуставных переломов дистального конца плечевой кости <i>Уринбаев П.У., Гафуров Ф.А., Эранов Ш.Н., Жураев И.Г.</i>	408
Эффективность симуляционного обучения в освоении базовых хирургических навыков у студентов 5 курса медицинского университета <i>Усманов Дж.Н., Хван И.Н., Рахимов Ф.Р.</i>	410
Использование тдл при местно-распространённом раке молочной железы <i>Усмонов Х.С., Юлдошев Р.З., Обидов Д.С., Насимов Б.Б.</i>	411
Диагностические признаки повреждений нервных стволов верхних конечностей у детей <i>Файзуллоева М.Ф., Одинаева М.С., Х.Х. Мамадаминова</i>	412
Кросслинкинг в лечении язвенных поражений роговицы и трансплантата <i>Хайдаров З.Б., Каримов М.Б., Халимова З.С. Хамидов И.Д.</i>	413
Синдром Марфана и его глазные проявления <i>Хайдаров З.Б., Каримов М.Б., Махмадов Ш.К., Сафаров Х.</i>	414
Выбор хирургической тактики в зависимости от локализации сужения прямой кишки <i>Хакимов М.Х., Расулов Н.И., Мансуров Х.Н., Саидов А.С.</i>	416
К значимости и роли фиброколоноскопии в профилактике, диагностике и лечении неспецифического язвенного колита <i>Хакимов С.К., Махмадов Б.Р., Саидов А.С. Школенко О..Л</i>	417
Влияние внутриутробной инфекции на течение беременности и родов <i>Халикова Ф.Х., Джурабекова А.Т., Вязикова Н.Ф.</i>	418
Метод лабораторной диагностики системной воспалительной реакции <i>Халимов Э.В., Михайлов А.Ю., Баранова Т.С.</i>	420
Сравнительный анализ эффективности антибактериальных глазных капель у детей первого года жизни <i>Халимова З.С., Рахимова З.И., Зиёзода М.Р., Косимов А.</i>	422
Динамические изменения органа зрения при раннем лечении гипоксически-ишемической энцефалопатии средней и тяжёлой степени <i>Халимова З.С., Олимова К.С., Хайдаров З.Б., Бобоева Т.А.С.</i>	423
Анализ результатов эндопротезирования тазобедренного сустава при переломах шейки бедра в преклонном возрасте <i>Хасанов Б.Н., Курбонов С.Х., Аскарлов А.Т., Назаров И.Р.</i>	424
Клинические особенности гнойно-воспалительных заболеваний промежности и ягодиц у женщин с сахарным диабетом <i>Хасанова Р.М., Давлатов Р.К., Шодиев Ш.А.</i>	425
Результаты лечения рецидива грыжи межпозвоночного диска поясничного отдела <i>Хожаназаров Ф.Г., Рахмонов Х.Дж., Ризоев И.М.</i>	426
Некоторые особенности лапароскопической холецистэктомии у больных с сердечно-сосудистой и легочной патологией <i>Холбаев С.А., Мусоев Д.А., Мансуров Х.Н.</i>	428
Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени – диагностика и лечение <i>Холматов П.К., Гульмурадов Т.Г., Ворисов А.А.</i>	429
Применение ингибиторов протеаз в лечении острого панкреатита <i>Холматов П.К., Рустамов Х.К.</i>	430
Особенности диагностики и лечения при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени <i>Холматов П.К., Назаров Ш.К., Али-Заде С.Г., Жабинов Ф.И.</i>	430
Эффективность применения современных технологий в лечении перфоративных гастродуоденальных язв <i>Холов К.Р., Камиллов Г.Т., Назаров Х.Ш. Икромов Б.А</i>	432
Новые возможности лечения хронического синовита коленного сустава в хирургической практике <i>Холхужаев Ф.И., Гафуров Ф.А., Эранов Ш.Н., Жураев И.Г.</i>	434

Особенности ведения родов при родовом излитии околоплодных вод <i>Хотамова М.Т.</i>	435
Перспектива пузырно-влагалищных свищей <i>Худайберген У.А, Беляев А.Л. Шерипбаев Р.Б</i>	437
Прогнозы больных с краниобазальной черепно-мозговой травмой <i>Хусаинов Э.С., Хусаинов С.Д, Мавлонов Дж.Б.</i>	439
Становление урологической службы Республики Таджикистан и перспектива её развития <i>Шамсиев Дж.А., Нустратуллоев И., Саъдуллоев Ф.С.</i>	440
Эффективность применения цефепима (левофлоксацин) в комплексном лечении микстинфекции урогенитального тракта у мужчин <i>Шамсиев Дж.А., Салимов Х.Г., Сидиков А.Ш., Мухаммадиев Ф.И.</i>	442
Значение лучевой диагностики толстой кишки у больных проктосигмоидитом <i>Шарипов В.Ш., Вахобзода П., Курбанов А.У., Рахмонов Б.И.</i>	443
Эффективность эндопротезирования тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра <i>Шарипов М.А., Курбанов С.Х., Мирзохонов Н.Х., Мирзобеков К.С.</i>	444
Клинико-томографические особенности центральной серозной хориоретинопатии сетчатки <i>Шаронов М.Г., Ахмедова Н.Д.</i>	445
Применение оптической когерентной томографии в ранней диагностике и мониторинге первичной открытоугольной глаукомы <i>Шаронов М.Г., Ахмедова Н.Д.</i>	446
Лечение осложнений оперативного лечения единственной почки. Клиническое наблюдение <i>Школьник М.И., Мираков Р.С., Богомолов О.А., Прохоров Д. Г.</i>	447
Функциональные и ранние онкологические результаты при выполнении 2D и 3D лапароскопической простатэктомии <i>Школьник М.И., Мираков Р.С., Белов А.Д., Прохоров Д.Г.</i>	450
Лапароскопическая геминефрэктомия при местно-распространенном раке подковообразной почки <i>Школьник М.И., Р.С. Мираков, Прохоров Д.Г., Богомолов О.А.</i>	452
Изменения опорно-двигательной системы при постменопаузальном остеопорозе с переломами шейки бедра и их последствиями у многорожавших женщин <i>Эхсонов А.С., Раззоков А.А.</i>	455
Особенности диагностики постменопаузального остеопороза с переломом шейки бедра и его последствиями у многорожавших женщин <i>Эхсонов А.С., Раззоков А.А.</i>	457
Рак двенадцатиперстной кишки, лечебно-диагностическая тактика <i>Юлдошев Р.З., Зикрияходжаев Д.З., Усмонов Х.У., Ходжамкулов А.А., Мирзоев А.Дж.</i>	458
Особенности микроэкологии генитального тракта у женщин с полипами цервикального канала <i>Юлдошева М.У., Ниёзова М.С., Носирова П.К.</i>	460
Отдаленные результаты лечения остеоартроза коленного сустава собственными мезенхимальными стволовыми клетками <i>Юнусов И.А., Карим-заде Б.Д., Муминджонов С.А., Махмаджонов Б.К.</i>	461
Сравнительная характеристика различных методов варикоцелэктомии <i>Юнусов Х.А., Ниёзова М.С., Амиров Дж.Н.</i>	462
Функциональные результаты хирургического лечения деформации перегородки носа, сочетанной с гиперплазией носоглоточной миндалины у детей <i>Юсупов А.Ш., Туйдиев Ш.Ш., Махаммадиев А.А.</i>	463
Влияние аномалии киммерле на кровообращение в вертебробазилярной зоне <i>Янова Э.У.</i>	465

КОНФЕРЕНЦИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОДДЕРЖКЕ:



МУҲАММАД-А
www.muhammad-a.tj



VistaLabs
makes you smile



octapharma®



Отпечатано в типографии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

*Сдано в печать 23.10.2019г. Подписано к печати 02.11.2019г.
Формат 30/42 ¹/₄. Бумага офсетная 80^г/м². Объем 119,5 п.л.
Тираж 150. Заказ № 604.*